

Tilburg University

Het verpleeghuis: veld van onderzoek : een micro-sociologisch onderzoek naar de betekeniswerelden van patienten en personeel in het verpleeghuis

Ten Have, H.

Publication date:
1979

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Ten Have, H. (1979). *Het verpleeghuis: veld van onderzoek : een micro-sociologisch onderzoek naar de betekeniswerelden van patienten en personeel in het verpleeghuis*. [, Tilburg University]. Van Loghum Slaterus.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

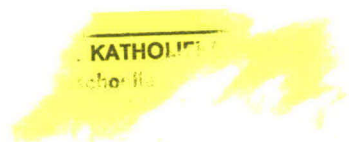
Het verpleeghuis: veld van onderzoek

Een micro-sociologisch onderzoek naar
de betekeniswerelden van patiënten en
personeel in het verpleeghuis

H. ten Have

Van Loghum Slaterus

Het verpleeghuis: veld van onderzoek



Het verpleeghuis: veld van onderzoek

Een micro-sociologisch onderzoek naar
de betekeniswerelden van patiënten en
personeel in het verpleeghuis

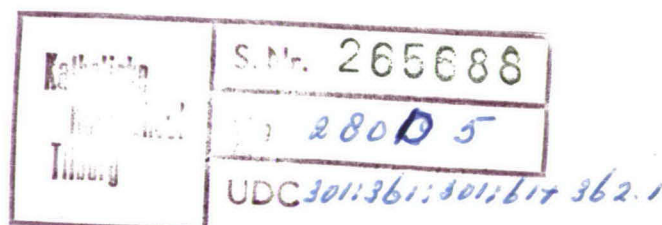
Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor in de sociale wetenschappen
aan de Katholieke Hogeschool te Tilburg, op gezag van de Rector Magni-
ficus, Prof. Dr. J. E. A. M. van Dijck, in het openbaar te verdedigen
ten overstaan van een door het College van Dekanen aangewezen
commissie in de aula van de Hogeschool op donderdag 15 februari
1979 te 16.00 uur

door

H. ten Have

geboren te Zevenhuizen



Van Loghum Slaterus, Deventer

Promotor: Prof. Dr. A. C. Zijdeveld
Co-promotor: Dr. J. M. A. Munnichs

Tout ce que je sais du monde, même par science, je le sais à partir d'une vue mienne ou d'une expérience du monde sans laquelle les symboles de la science ne voudrait rien dire. Tout l'univers de la science est construit sur le monde veçu

Maurice Merleau-Ponty

There should be a social organization but the individual should maintain himself

George Herbert Mead

Aan Lya

Inhoud

<i>Woord vooraf</i>	9
<i>Inleiding</i>	11
<i>1. Het verpleeghuis: veld van onderzoek</i>	13
1.1. Inleiding	13
1.2. De groei van het verpleeghuis in Nederland	14
1.3. De taakomschrijving van het verpleeghuis	14
1.4. Patiënten in het verpleeghuis	15
1.5. Personeel in het verpleeghuis	17
1.6. De organisatie van het verpleeghuis	18
1.7. De opname in het verpleeghuis	19
1.8. Samenvatting en vragen	19
<i>2. De zieke oudere mens en de hulpverlening in het verpleeghuis</i>	21
2.1. Inleiding	21
2.2. De invloed van de medisch-hiërarchische gezagsstructuur	22
2.3. De betekenis van het hulpbehoevend zijn op het gedrag van patiënt en personeel	24
2.4. De gevolgen van het verlaten van eigen vertrouwde omgeving (thuis en familie) en het aanpassen aan een niet-vertrouwde omgeving (personeel)	26
2.5. Samenvatting	27
2.6. Het theoretisch perspectief van het onderzoek	28
<i>3. Het symbolisch-interactionistisch perspectief</i>	31
3.1. Inleiding	31
3.2. Het symbolisch-interactionistisch perspectief op de sociale werkelijkheid	31
3.3. De betekenis der sociale interacties	32
3.4. 'Zelf' en 'zingeingsgebied'	33
3.5. Problemen bij interacties tussen het 'zelf' en het 'zingeingsgebied'	35
3.6. De opbouw van het zingeingsgebied en de relevantie-	

structuren van Alfred Schutz	36
3.6.1. De alledaagse werkelijkheid	37
3.6.2. Typificaties: symbolische voorstelling van objecten	38
3.6.3. 'The stock of knowledge'	39
3.6.4. Pragmatische levenshouding: hoe word ik de situatie meester?	39
3.6.5. De relevantiestructuren	39
3.6.6. De wij-relatie en de ik-gij-relatie	42
3.7. Nadere toelichting van de theorie op het onderzoek	43
3.7.1.	43
3.7.2.	44
<i>4. Methode en procedure van het onderzoek</i>	46
4.1. Inleiding	46
4.2. Aspecten van de methode van de participerende observatie	46
4.2.1. Het perspectief	47
4.2.2. Het uitstippelen van eigen rol	47
4.2.3. Het kwalitatieve aspect	47
4.2.4. Het 'ongestructureerde' van het onderzoek	48
4.3. Het onderzoeksveld — het verpleeghuis 'Havezate' in het westen des lands	49
4.3.1. De bouw en indeling van het huis	49
4.3.2. Dagindeling en leefgewoonten patiënten	49
4.3.3. Personeelsactiviteiten en -gedrag	50
4.4. De deelnemers aan het onderzoek	51
4.5. De procedure	52
4.5.1. Documenten	53
4.5.2. Observatie	53
4.5.3. Participatie	54
4.5.4. De interviews	54
4.6. De feitelijke gang van zaken van het onderzoek	58
<i>5. De proefopzet: een mannen- en een vrouwenzaal</i>	60
5.1. Inleiding	60
5.2. De mannenzaal	62
5.2.1. Het verwachtingspatroon van de patiënten en familie vóór de opname in het verpleeghuis	62
5.2.2. Het verwachtingspatroon van het personeel op de afdeling	64
5.2.3. De mannenzaal na drie maanden	65
5.2.4. Het ziek zijn in het verpleeghuis — het hand-	

haven van de identiteit	66
5.2.4.1. De grenzen van het lichamelijke	67
5.2.4.2. Het handhaven van de identiteit	68
5.3. De vrouwenzaal	73
5.3.1. Het verwachtingspatroon van patiënten en familie vóór de opname in het verpleeghuis	73
5.3.2. Het verwachtingspatroon van het personeel op de afdeling	76
5.3.3. De vrouwenzaal na drie maanden	77
5.3.4. Het ziek zijn in het verpleeghuis – het handhaven van de identiteit	79
5.3.4.1. De grenzen van het lichamelijke	79
5.3.4.2. Het handhaven van de identiteit	80
5.4. Het uiteindelijk verloop van het leven van de patiënten twee jaar ná het onderzoek	84
5.5. Aanvullende opmerkingen	85
5.6. Conclusies uit de proefopzet	86
5.7. Slot	88
6. <i>Het definitieve onderzoek</i>	89
6.1. Inleiding	89
6.2. De eerste vrouwenzaal – afdeling R	90
6.2.1. Het a-typische van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie	90
6.2.2. De relevantiestructuren in het leven van de patiënten en het personeel	96
6.3. De mannenzaal – afdeling S	100
6.3.1. Het a-typische van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie	100
6.3.2. De relevantiestructuren in het leven van de patiënten en het personeel	105
6.4. De tweede vrouwenzaal – afdeling T	110
6.4.1. Het a-typische van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie	110
6.4.2. De relevantiestructuren in het leven van patiënten en personeel	117
6.5. Het verdere verloop van de achttien patiënten; de situatie twee jaar ná het onderzoek	120
6.6. Eindconclusie van het definitieve onderzoek	121
6.7. De beantwoording van de veronderstelling	125
7. <i>Conclusie</i>	127
7.1. Terugblik en theorie	127

7.2.	Vóóronderzoek en veronderstelling	129
7.3.	De niet-reciproke typificaties	130
7.4.	Het onvertrouwde van het verpleeghuis voor de patiënt en het dankbare werk volgens het personeel	131
7.5.	Aanzetten voor een mogelijk toekomstig beleid in het verpleeghuis	132
7.5.1.	Enkele aanzetten van elders	132
7.5.2.	Eigen aanzet	135
<i>Samenvatting</i>		139
<i>Summary</i>		151
<i>Noten</i>		163
<i>Geraadpleegde literatuur</i>		167

Woord vooraf

De drijfveer tot het schrijven van dit proefschrift is gelegen in de verwondering voor de rijke en vaak boeiende ervaringswereld van de oudere mens.

In de 25 jaar waarin ik als arts werkzaam ben, heb ik veel oudere mensen ontmoet en tijdens hun ziekte behandeld. Het is mij opgevalen dat zij in de levenssituatie waarin zij verkeerden mij meer te vertellen hadden dan ik hen. Hiermee wil niet gezegd zijn dat de ervaringswereld van de oudere mens altijd harmonieus en afgerond is; soms was die wereld schijnbaar doelloos, soms verrassend, maar bijna altijd bleek in die wereld een dimensie aanwezig die de jongere mens niet bezit doch juist aan die jongere mens onverwachte perspectieven biedt.

Vanuit die verwondering is het idee geboren enkele facetten van de ervaringswereld op schrift te stellen. Het belangrijke probleem daarbij was dat niet een studie óver die oudere mens gemaakt moest worden doch dat de ervaringswereld van henzélf op zo natuurlijk mogelijke wijze tot uitdrukking moest worden gebracht.

Bij deze benaderingswijze van de oudere mens kwamen veel theoretische sociologische en methodologische vragen aan de orde.

Ik prijs mij gelukkig in de beide promotoren die mij bij deze studie hebben geholpen, twee leermeesters gevonden te hebben die mijn verwondering voor en de benaderingswijze van de ervaringswereld van de oudere mens met mij deelden.

Ik dank Prof. Dr. A. C. Zijdeveld voor het in mij gestelde vertrouwen deze studie te beginnen en, in de loop der jaren, ook af te maken. Het is juist zijn brede kennis van de sociologie geweest die het mij mogelijk heeft gemaakt een sociologisch denkkader te vinden voor deze dissertatie. Ik zal zijn betrokkenheid, zijn ernst doch ook zijn humor, bij mijn zoeken en tasten in de sociologische wereld nimmer vergeten.

Ik dank Dr. J. M. A. Munnichs dat hij bereid is geweest mij in de methodologie van het onderzoek te helpen. Zijn grote kennis van de gerontologie en van het onderzoek naar de 'wereld' van de oudere mens heeft het mij niet alleen mogelijk gemaakt het eigenlijke veldwerk te verrichten doch hij heeft mij tevens duidelijk gemaakt dat de

ervaringswereld van de oudere mens nimmer afzonderlijk gezien kan worden doch steeds in samenhang met het gehele leven van de mens en met de maatschappij waarin hij leeft. Ik zal de mengeling van mildheid en strengheid waarmee hij mij heeft begeleid en die ik steeds in dankbaarheid heb aanvaard, niet vergeten.

Zonder hun beider vriendschappelijke aansporingen en diepgaand begrip in de sociologie en psychologie zou dit proefschrift niet tot stand zijn gekomen.

Het is hier eveneens de plaats alle patiënten en personeelsleden van het verpleeghuis waar het onderzoek plaats vond, te danken voor hun bereidheid al die gesprekken met mij te voeren die noodzakelijk waren om een inzicht in hun ervaringswereld te verkrijgen.

Tenslotte dank ik Yvonne Allart die met efficiency, enorm geduld en groot medeleven het vele type-werk voor mij heeft verricht.

Heemstede, december 1978

Inleiding

Het kan niet worden ontkend dat in deze moderne tijd veel geld en deskundigheid wordt geïnvesteerd in de zorg voor de zieke of invalide mens. Tegelijkertijd valt het op dat, gezien de grote hoeveelheid literatuur die er verschijnt óver die zieke mens, men nog steeds op zoek is op welke wijze deze zorg dient te gebeuren.

Studies en beschouwingen over het ziek zijn, over stervensbegeleiding, euthanasie, over het leven in ziekenhuizen en andere instellingen wijzen hierop. Het lijkt dat met alle deskundigheid die er in Nederland voor de zieke of invalide mens aanwezig is, er nog veel vraagtekens staan bij die zorgverlening.

Het is bekend dat er in de huidige maatschappij een toenemende tendens bestaat om mensen die, om wat voor reden dan ook, hulp nodig hebben, dóór te sturen naar die instanties waar deskundigheid verwacht kan worden. Zo gaat de zieke mens naar het ziekenhuis, de invalide mens naar het revalidatiecentrum, de zwakzinnige naar het zwakzinnigenoord, de bejaarde mens naar het bejaardenhuis en de oude zieke mens naar het verpleeghuis. Dit als vanzelfsprekend doorsturen van 'de zwakkere' in de maatschappij naar professionele instellingen, heeft te maken met de oplossing die de maatschappij ten aanzien van dit probleem biedt. Hoe professioneel deze hulp ook mag zijn, het gevolg is dat de integratie van die 'zwakkere' in de maatschappij vaak wegvalt.

Op dit belangrijk culturele verschijnsel zal hier niet dieper worden ingegaan. Slechts op één aspect van het doorsturen naar genoemde instellingen zal hier gewezen worden nl. op de vraag wat de mensen die doorgestuurd worden, er zelf van zeggen.

In deze studie is de 'zwakkere': de langdurig zieke, oude, medemens in onze maatschappij. In toenemende mate zien we dat deze groep mensen doorgestuurd en opgenomen wordt in het verpleeghuis. Hoewel het verpleeghuis voor velen in Nederland misschien nog een vaag begrip is, is het niettemin de laatste twintig jaar uitgegroeid tot een gezondheidsinstelling die niet meer weg te denken valt uit de maatschappij.

In \pm 400 verpleeghuizen werden in 1977 44 000 mensen verpleegd. Deze verpleeghuizen hebben tot taak patiënten te verplegen, te

reactiveren, daarnaast een optimaal woonmilieu voor hen te scheppen en tenslotte hen te begeleiden tot de dood.

De hulpzoekenden in het verpleeghuis zijn voor het merendeel oude tot zeer oude, langdurig zieke en invalide mensen. Zij komen daar mét hun ziekte en de daarmee gepaard gaande aftakeling, pijn, angst en zorgen.

In dit onderzoek in één verpleeghuis in Nederland komt deze groep mensen zélf aan het woord. In plaats van beschouwingen óver het oud zijn, óver het ziek zijn, óver het leven in een inrichting, wordt nagegaan wat de patiënten zélf te vertellen hebben, wat zij belangrijk vinden en waarom. Door middel van luisteren en kijken naar deze mensen, hóé ze leefden en op welke wijze ze met elkaar en met het personeel omgingen, is getracht datgene op het spoor te komen wat in hún belevingswereld van betekenis is.

De onderzoeker heeft getracht de informatie die op deze wijze is verkregen in een theoretisch kader te plaatsen waarbij de vraag naar het wel of niet zinvol hulpverleners centraal staat. In feite gaat de belangstelling uit naar de vraag of het verpleeghuis door de patiënten als een samenlevingsverband wordt beleefd waarin ze met hun problemen en zorgen terecht kunnen.

De conclusie van het onderzoek is negatief. Hoewel het verpleeghuis door de patiënten positief wordt ervaren in de zin van het verplegen, het verzorgen, het oefenen en het voedsel, blijkt dat de menselijke problemen die inherent zijn aan het oud en ziek zijn, niet opgelost kunnen worden door de, vaak jonge, personeelsleden. Aange-toond wordt dat in de beleving van deze groep oude zieke mensen het eigen huis, of anders gezegd, de leefwereld thuis, een centrale rol speelt in de oplossing van hun problematiek.

Uit het onderzoek blijkt dat het doorsturen naar professionele instellingen maar een gedeeltelijke oplossing is voor de 'zwakkeren' in onze maatschappij. Wanneer deze groep hulpzoekenden alléén door deskundigen worden geholpen, gaan ze een zinloos lijden en sterven tegemoet.

In het zoeken naar een antwoord op de vraag voor betere hulpverlening aan de zieke of invalide mens, is een betere integratie van deze 'zwakke' in de maatschappij belangrijker dan een steeds verdergaande specialisatie en deskundigheid.

1. Het verpleeghuis: veld van onderzoek

Algemene verkenningen

1.1. INLEIDING

Ieder sociologische analyse van de samenleving of een deel daarvan is tegelijkertijd ruim en beperkt. Hij is ruim omdat het zich bezighoudt met het sociale aspect van de menselijke samenleving: met de wijze waarop groepen van mensen met elkaar samenwerken of niet samenwerken, waaróm ze dat doen en welke de regels zijn die dit samenwerken mogelijk maken.

Tegelijkertijd is het beperkt omdat andere aspecten, men denke aan economische, technische, filosofische aspecten, niet of nauwelijks aan de orde kunnen komen. Dit geldt bijv. voor de onderhavige studie die zich bezig houdt met het verpleeghuis. Veel aspecten van het functioneren van het verpleeghuis zijn interessant en een apart onderzoek waard: men denke aan het typisch medisch-geriatrisch handelen in het verpleeghuis, aan de aspecten van de architectuur van het verpleeghuis, aan verpleegtechnische aspecten. Déze onderdelen van het werk in het verpleeghuis zullen hier niet speciaal worden onderzocht doch wel ter sprake worden gebracht voor zover ze in het verpleeghuis als samenlevingsverband een rol spelen.

Wij zijn geïnteresseerd in de wijze waarop groepen van mensen, in dit geval patiënten en personeelsleden in een verpleeghuis, met elkaar omgaan. In deze samenwerking tussen patiënten en personeel liggen een aantal problemen die, met name ten aanzien van een toekomstig beleid in het verpleeghuis, om een nadere analyse vragen. Om deze aan te kunnen geven is het allereerst noodzakelijk een indruk te geven van het functioneren van het verpleeghuis. Achtereenvolgens zullen in dit eerste hoofdstuk de volgende aspecten van het verpleeghuis besproken worden:

- 1.2. De groei van het verpleeghuis in Nederland.
- 1.3. De taakomschrijving of doelstelling van het verpleeghuis.
- 1.4. Het patiëntenbestand.
- 1.5. Het personeelsbestand.
- 1.6. De organisatiestructuur.
- 1.7. Problemen bij opname in een verpleeghuis.
- 1.8. Samenvatting en vragen.

Bij ieder van deze aspecten zullen specifieke problemen worden aangegeven. Aan het slot van het hoofdstuk zullen de vraagstellingen worden samengevat.

1.2. DE GROEI VAN HET VERPLEEGHUIS IN NEDERLAND

In toenemende mate vindt de hulpverlening aan langdurig zieke oudere mensen in Nederland plaats in het verpleeghuis. Gedurende de laatste 20 jaar is het aantal bedden in de verpleeghuizen verviervoudigd: van 9800 bedden in 1965 tot 44 000 in 1977. De verwachting is dat over 10 jaar dit aantal genaderd zal zijn tot dat van de ziekenhuizen (momenteel 65 000).¹ Met recht kan men stellen dat het verpleeghuis zich heeft ontwikkeld tot een van de omvangrijkste vormen van de intramurale gezondheidszorg.²

Hoewel officieel, van staatswege, de Nederlandse verpleeghuizen nog voorlopig erkend zijn, hebben ze in de gezondheidsorganisatie, de Nationale Ziekenhuis Raad, een evenwaardige plaats verworven naast de ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen.

Er zijn allerlei oorzaken voor deze onstuimige groei aan te geven:

- a. de toenemende vergrijzing van de bevolking met de daarmee gepaard gaande invaliditeit en ziekte³,
- b. de 'te dure' ziekenhuisbedden die een langdurig verblijf in het ziekenhuis onmogelijk maken,
- c. het onvermogen van de orgaanspecialist om de typisch psychosociale problematiek van de langdurig zieke oudere mens, te begrijpen⁴,
- d. maatschappelijke factoren zoals veranderingen in opvattingen over het gezinsleven: grootouders wonen niet meer bij de kinderen in, deze hebben een eigen gezinsleven,
- e. veranderingen in de woningbouw, o.a. flatbouw, die inwoning vrijwel onmogelijk maken, en tenslotte
- f. de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (de A.W.B.Z.) die vanaf 1969, voor iedere Nederlander, alle kosten, verbonden aan de opname in een verpleeghuis, gedurende een jaar voor zijn rekening neemt en ná één jaar slechts een beperkte eigen bijdrage vraagt.

1.3. DE TAAKOMSCHRIJVING VAN HET VERPLEEGHUIS

De taak van het verpleeghuis werd in eerste instantie gezien als aanvullend op die van het ziekenhuis.⁵ De ontwikkeling van het verpleeg-

huis is dan ook één der oorzaken geweest van de daling van de opnameduur van patiënten in de ziekenhuizen. Nu echter het verpleeghuis zich een zelfstandige plaats heeft verworven in de intramurale gezondheidszorg in Nederland, kan men het niet meer alleen als een aanvulling op het ziekenhuis zien. De vraag is in hoeverre het verpleeghuis een eigen gezicht of eigen identiteit heeft opgebouwd. Om deze vraag te beantwoorden richten we ons tot de taakomschrijving die de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in haar laatste Advies inzake verpleeghuizen (1972) heeft geformuleerd:

‘Verpleeghuizen hebben tot taak, aan patiënten die daaraan behoefte hebben, geneeskundige behandeling, alsmede voortdurende verpleging en verzorging te geven, een en ander meestal in aansluiting aan specialistisch onderzoek, en zo nodig, specialistische behandeling . . . Enerzijds behoort de behandeling in het verpleeghuis gericht te zijn op reactivering en op herstel of behoud van de activiteiten van het dagelijks leven, anderzijds beoogt het verpleeghuis aan degenen, die er langdurig moeten verblijven, een optimaal leefmilieu te verschaffen, alsmede terminale zorg te verlenen aan diegenen aan wie geen specialistische hulp met uitzicht op herstel kan worden geboden’.⁶

Algemeen kan men stellen dat het verpleeghuis een driedelige taak heeft:

- a. reactivering van patiënten;
- b. scheppen van een optimaal woonmilieu voor patiënten;
- c. verlenen van terminale zorg aan patiënten.

Het soort patiënten wordt hieronder beschreven.

1.4. PATIËNTEN IN HET VERPLEEGHUIS

Grosso modo betreft het hier patiënten aan wier grondlijden (de oorzakelijke factor van de ziekte) weinig of niets meer te doen is. Behoudens enkele uitzonderingen (bijv. fracturen) moet de behandeling in het verpleeghuis symptomatisch gericht zijn. D.w.z. men richt zich vooral op de verbetering van de functies op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. Enkele van de meest voorkomende ziektebeelden in het verpleeghuis zijn de volgende⁷:

1. De ‘beroerte’ of het cerebro-vasculaire accident (C.V.A.), gepaard gaande met verlamming van één lichaamshelft, soms gecompliceerd met ernstige taalstoornissen (afasie).
2. De ‘multiple sclerose’, een degeneratieve aandoening van rugge-
merg en hersenen, met een, vaak langzaam progressief verloopende

- spastische verlamming aan benen, later aan armen en handen.
3. Het 'chronisch rheuma', eveneens een langzaam verlopend proces, gepaard gaande met sterke degeneratieve veranderingen en misvormingen aan kleinere gewrichten.
 4. Arthrosis deformans ('slijtage'), eveneens een gewrichtsaandoening gepaard gaande met verstijving en toenemende pijn in de, vooral grotere gewrichten zoals heupen en knieën.
 5. Ziekte van Parkinson, een degeneratief proces in bepaalde hersencelkernen, gepaard gaande met spierstijfheid, tremoren, bewegingsarmoede en spraakstoornissen.
 6. Kwaadaardige gezwellen, voornamelijk uitgaande van borst, prostaat, luchtpijp en dikke darm, gepaard gaande met toenemende moeheid, vermagering en tenslotte de dood.
 7. Ernstige chronische bronchitis of hartlijden, gepaard gaande met moeheid en benauwdheid.
 8. Fracturen, voornamelijk van de hals van het dijbeen (collum femoris). De genezing hiervan wordt vaak gecompliceerd door de op latere leeftijd ontstane ontkalking van het beenweefsel en door andere factoren, zoals verminderde hartfunctie, decubitus, verslechtering van de mentale conditie.

Er worden nog andere diagnoses in het verpleeghuis gesteld doch bovenstaande geven de meest voorkomende diagnoses weer.

Kenmerkende eigenschappen van vrijwel alle diagnoses zijn de volgende:

- a. Eventueel herstel of verbetering van functies duurt lang. Gemiddeld is de verpleegduur in de Nederlandse verpleeghuizen 1 jaar.⁸
- b. De meeste diagnoses komen voor bij de oudere leeftijdsgroepen, 60–75 jaar en 75–90 jaar.⁹ Dit betekent dat de verpleeghuizen voornamelijk worden bewoond door oudere mensen (80%). Uitzonderingen zijn enkele diagnosegroepen, zoals multipale sclerose, chronisch rheuma en sommige kwaadaardige gezwellen, die ook bij jongere mensen (30–60 jaar) voorkomen.
- c. Alle ziektebeelden brengen een grote mate van hulpbehoefendheid met zich mee. Dit betekent dat men afhankelijk is van anderen met alle daarmee verbonden consequenties voor het psychisch welbevinden.
- d. Bijna alle ziektes hebben, gezien de grote mate van invaliditeit, een bedreigend karakter voor de patiënt t.a.v. het functioneren van eigen lichaam en t.a.v. het wel of níét 'overleven van de ziekte'. Deze dreiging wordt nog versterkt door het veelvuldig meemaken van het sterven van lotgenoten. De dood is een bekend verschijnsel in het verpleeghuis: 50% van de patiënten sterft.¹⁰

1.5. PERSONEEL IN HET VERPLEEGHUIS

Tegenover het 'patiëntenbestand' in de verpleeghuizen moet nu het 'personeelsbestand' geplaatst worden. Ook hier zijn we geïnteresseerd in de wijze waarop de Centrale Raad in haar Advies t.a.v. verpleeghuizen de personeelsbezetting ziet in het kader van de door haar omschreven doelstelling van reactivatie, optimaal leefmilieu scheppen en terminale zorg verlenen.

De Raad geeft de volgende opsomming van de verschillende deelaspecten van de zorgverlening:

1. De medische zorg, te geven door een algemeen medicus.
2. De verpleegkundige zorg, te geven door verpleegkundige en ziekenverzorgende.
3. De paramedische zorg, te geven door fysiotherapeut, bezigheids-therapeut en logopediste.
4. De psychosociale zorg, te geven door iedereen doch met name door de maatschappelijk werker(ster) en in sommige verpleeghuizen, de psycholoog.
5. De pastorale zorg.
6. De zorg voor het leefmilieu, vooral voor de blijvende patiënten.
7. De indirecte zorg op huishoudelijk, technisch en economisch gebied.

Hierbij kunnen de volgende kanttekeningen ter verduidelijking worden gemaakt:

- a. Het verpleeghuis kent geen specialisten in de zin zoals het ziekenhuis die kent. Dit is een o.i. belangrijk gegeven; het betekent dat specialisatie in de specifieke problematiek van het verpleeghuis niet (of, nog niet) nodig wordt geacht.
- b. De verpleegkundige zorg wordt voornamelijk verleend door leerling-ziekenverzorgenden en ziekenverzorgenden. Vergeleken bij de groep verpleegkundigen zijn ze verre in de meerderheid. De verhouding is ongeveer 1 op 10. (D.w.z. één verpleegkundige op tien leerling-ziekenverzorgenden en ziekenverzorgenden.
Opvallende eigenschappen van ziekenverzorgenden zijn de vaak jonge leeftijd (de opleiding begint reeds op 17-jarige leeftijd) en de eenzijdige, verpleegtechnische opleiding, evenals bij de verpleegkundige.
- c. De paramedische zorg is de laatste tijd uitgebreider dan in het Advies staat aangegeven: naast fysiotherapeuten, bezigheidstherapeuten en logopedisten kennen verschillende huizen ook ergotherapeuten, expressietherapeuten en bewegingstherapeuten.
- d. De psychosociale zorg wordt door de Raad onduidelijk omschreven. Op welke wijze deze zorg door iedereen moet worden gegeven blijft

vaag. Misschien kan de psycholoog in de toekomst hierin méér helderheid verschaffen.

- e. Eveneens vaag is de zorg voor het leefmilieu. Hoewel in de taakomschrijving van het verpleeghuis door de Raad, het scheppen van een optimaal leefmilieu een van de belangrijkste facetten van het werk in het verpleeghuis wordt genoemd, is het ook hier niet duidelijk op welke wijze dit moet worden gerealiseerd.

1.6. DE ORGANISATIE VAN HET VERPLEEGHUIS

Over de formele wijze van omgang tussen patiënten en personeel d.w.z. over de organisatiestructuur van het verpleeghuis is het volgende op te merken:

Zoals reeds werd vermeld, werd het verpleeghuis vooral in de beginjaren van zijn groei gezien als een aanvulling op het ziekenhuis. Het heeft dan ook van het ziekenhuis verschillende eigenschappen overgenomen, met name geldt dit voor de organisatiestructuur. Evenals in de ziekenhuizen is de arts in verreweg de meeste verpleeghuizen de centrale figuur. Dit betekent dat de organisatie gebouwd is op een medisch-hiërarchisch denkmodel, waarbij de arts in de relatie tot de patiënt bovenaan de ladder staat en leerling-verpleegkundige of ziekenverzorgende geheel onderaan.

In 65% van de verpleeghuizen in Nederland kent men een éénhoofdige directie met een medicus als directeur. In 20% is de directie driehoofdig, te weten een medisch directeur, een verpleegkundige directeur en een economisch directeur en in 15% van de gevallen functioneert een tweehoofdige directie met een medisch en een economisch directeur.¹¹ In het medisch-hiërarchisch denkmodel is de medicus de 'baas' en hij delegeert zijn macht naar 'beneden', naar de directrice, de afdelingshoofden, de subhoofden, de gediplomeerden, de leerlingen. In deze 'wereld' komt de patiënt niet of nauwelijks aan bod. Het werk van het personeel krijgt op een bepaalde manier gestalte: men draagt witte uniformen of costuums, men loopt visite ter beoordeling van de toestand van de patiënt, men hanteert geheime medische dossiers, men gebruikt 'schalen' om het gedrag van de patiënt te beoordelen, men organiseert ontspanningavonden vóór de patiënt, men houdt teamvergaderingen óver de patiënt, men zorgt voor zijn toekomst.

Het is niet juist alle verpleeghuizen in dit opzicht over één kam te scheren: er zijn zeker verpleeghuizen waar men met de democratiseringsgedachte, met het anti-autoritaire denken, bezig is.¹² Het merendeel der verpleeghuizen zal zich echter in bovengenoemde omschrijving van de organisatiestructuur terug kunnen vinden.

1.7. DE OPNAME IN HET VERPLEEGHUIS

Er is nog één aspect in het kader van de hulpverlening aan de oudere zieke mens in het verpleeghuis dat bijzondere aandacht verdient, nl. de overplaatsing van huis of van ziekenhuis naar het verpleeghuis. Hoewel er geen nauwkeurige gegevens bekend zijn over de wijze waarop de patiënt de opname in het verpleeghuis beleeft, laat het zich aanzien dat het een diep ingrijpende gebeurtenis in zijn leven is. Hier toe zijn verschillende redenen aan te geven.

In de eerste plaats is het beeld dat het verpleeghuis bij velen oproept vaag en in vele opzichten negatief. Het vage beeld laat veel ruimte voor de fantasie: 'Het verpleeghuis is het laatste in je leven, je komt er om te sterven, je wordt als het ware weggestopt'.

In de tweede plaats is de langdurige omgevingsverandering van betekenis. Men verlaat het eigen, vertrouwde milieu en men moet zich leren aanpassen in een vreemd milieu.

In de derde plaats is de opname in het verpleeghuis in de meeste gevallen niet vrijwillig, doch gedwongen. Deze dwingende eis wordt in veel gevallen gesteld door de omstandigheden thuis (te zware verpleging of hulpbehoefendheid) óf door het ziekenhuis dat zijn ziekenhuisbed niet langer ter beschikking kan stellen.

1.8. SAMENVATTING EN VRAGEN

1. Patiënten in het verpleeghuis hebben veelal een hoge leeftijd, zijn hulpbehoevend, hebben langdurige zorg nodig en worden omringd door lotgenoten die hen veelvuldig ontvallen door de dood.
2. Het personeel in het verpleeghuis is voor een groot deel jong en het heeft geen opleiding genoten in de speciale problematiek van de oudere, hulpbehoevende patiënt. Het enige speciale aspect in het verpleeghuis is de grote nadruk op de reactivatie in de vorm van fysiotherapie, bezigheidstherapie, ergotherapie, logopedie.
3. De organisatie van het verpleeghuis wordt, in het algemeen, gekenmerkt door een medische gezagsstructuur, ontleend aan de ziekenhuisorganisatie. Deze structuur laat weinig ruimte over voor de mondigheid van de patiënt.
4. De overgang van huis naar verpleeghuis brengt voor de patiënt speciale problemen met zich mee.

In het begin van dit hoofdstuk werd de vraag gesteld waar in het verpleeghuis de problemen in de samenwerking tussen patiënten en personeelsleden zouden liggen. In het licht van bovenstaande opmerkingen over het verpleeghuis menen wij dat deze problemen vooral in de

volgende vragen kunnen worden toegespitst:

- a. Hoe moeten we ons de relatie voorstellen tussen een groep hulpbehoevende, oudere mensen en een groep personeelsleden van wie velen erg jong zijn?
- b. Wat is de invloed van de medische gezagsstructuur in de organisatie van het verpleeghuis op de leefwijze van patiënten en personeel?
- c. Op welke wijze wordt in het verpleeghuis de overgangsproblematiek van de patiënt van eigen huis naar verpleeghuis, onderkend en op welke manier vangt het personeel dit op?

In het licht van deze vragen blijkt dat het verpleeghuis een grote invloed heeft op de belevingswereld van patiënten en personeel. In deze studie zal speciale aandacht worden geschonken aan de betekenis van deze invloed op de patiënt. Om dit nauwkeuriger te kunnen aangeven is het noodzakelijk de psychosociale problematiek die verbonden is aan bovengenoemde drie vragen nader te bespreken. In het hierna volgende hoofdstuk zal hieraan aandacht worden geschonken.

2. De zieke oudere mens en de hulpverlening in het verpleeghuis

Psychosociale problemen en het theoretisch perspectief van het onderzoek

2.1. INLEIDING

Het samenwonen van groepen van mensen in een inrichting brengt, zoals ieder menselijk samenlevingsverband, problemen met zich mee. Dit is a fortiori het geval wanneer groepen van mensen om een bepaalde reden gedwongen worden in dat samenlevingsverband te leven bijv. omdat ze een 'maatschappelijk probleem' vormen. Men denke in dit verband aan gevangenen, psychiatrische inrichtingen, tehuisen voor zwakzinnigen en, zoals in deze studie, aan verpleeghuizen. Problemen in dit soort inrichtingen hangen enerzijds nauw samen met het maatschappelijk probleem dat de groep meebrengt, anderzijds is het denkbaar dat de doelstelling of de regels die de inrichting hanteert om het maatschappelijk probleem op te lossen, aanleiding geeft tot spanningen of tekortkomingen.

In dit hoofdstuk zal het verpleeghuis onder de loupe worden genomen, ervan uitgaande dat een verpleeghuis een instituut is dat zorg wil verlenen aan de oudere zieke medemens. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de beschrijving van dit onderwerp zoals die hier wordt weergegeven geenszins een overzicht pretendeert te zijn van de grote hoeveelheid onderzoekingen die er ten aanzien van het leven van oudere mensen in een instelling zijn verricht.

Er is gekozen voor één onderzoekingen die voor de onderhavige studie relevant zijn. Mét Tempelman¹ verstaan we vooralsnog onder een instituut: 'Een stelsel van standaardgedragingen, gepaard gaande met een aantal bijbehorende ideeën, kundigheden, waarden en normen, bedoeld als oplossing voor een bepaald maatschappelijk probleem'.

Het probleem waar hier over gesproken wordt, is de zieke oudere mens en het verpleeghuis het instituut dat een oplossing voor dit probleem wil bieden. Achtereenvolgens zullen in dit hoofdstuk de aspecten van het maatschappelijk probleem en de standaardgedragingen van het verpleeghuis, op de volgende wijze belicht worden:

- 2.2. Wat is de invloed van een medisch-hiërarchische gezagsstructuur en organisatie van het verpleeghuis op de rol die de patiënt

- daarin speelt?
- 2.3. Wat is de betekenis van het hulpbehoevend en oud zijn op het rolgedrag van patiënt en personeel?
 - 2.4. Wat zijn de gevolgen van het verlaten van eigen vertrouwde omgeving (thuis, familie) en het moeten aanpassen aan een andere niet-vertrouwde omgeving (personeel)?
 - 2.5. Samenvatting.
 - 2.6. Theoretisch perspectief.

2.2. DE INVLOED VAN DE MEDISCH-HIËRARCHISCHE GEZAGSSTRUCTUUR

Het aantal onderzoeken over de invloed van een instituut op het leven van bejaarde mensen is vooral in het buitenland groot. Deze veelheid van onderzoek wordt verklaard door de ervaring dat de invloed van het instituut vaak verslechterend werkt op de psyche van de bewoner. Op verschillende wijzen is getracht een oorzaak voor deze verslechtering te vinden.

In een overzichtsartikel over 'institutionalisering van bejaarden' spreekt Morton Lieberman² over 'de-humaniserende' en 'de-personaliserende' invloeden van een instituut. Hij geeft in dit artikel een hele lijst van auteurs die zich met deze problematiek hebben beziggehouden. Zij komen allen tot de volgende kenmerken van geïstitutionaliserende bejaarden:

- moeilijke aanpassing,
- intellectuele verslechtering,
- verminderde energie, depressies,
- negatief zelfbeeld,
- gevoelens van onbetekenend zijn.

Enkele jaren voordat Lieberman over deze de-humaniserende invloeden van het instituut schreef, gaf Townsend³ reeds in 1962 een aantal oorzaken die deze verslechtering van de psyche zouden kunnen verklaren. Hij beschrijft deze als volgt:

De mensen in het instituut hebben:

- weinig echt contact met medepatiënten,
- beperkte bewegingsmogelijkheid,
- beperkte activiteiten en sociale ervaringen,
- een tamelijk gescheiden leven van de staf,
- een leven gebaseerd op een dagindeling die door directie en staf is ontworpen,
- een dagindeling en leefpatroon die zijn ontworpen overeenkomstig een vast tijdschema,

— geen gelegenheid tot het beleven van intieme familierelaties. Uit deze oorzakelijke factoren zal nu allereerst de betekenis van staf en directie worden belicht.

Hoe sterker de ordening van het doen en laten van de inwoners 'van bovenaf' wordt gepland en hoe minder de inwoners hierover hun eigen inbreng mogen hebben, des te slechter werkt dat op het psychologisch wel-bevinden. Ruth Bennett⁴ wijst erop dat bij een machtige en dominerende staf, de bewoners zich klein zullen voelen en zelfs kinderlijk worden: 'Many residents come to rationalize staff members attitudes toward them. The internalize the view that old people are childish and deserve to be treated like children'.

Erving Goffman⁵ die een opzienbarende analyse heeft gemaakt van zgn. totalitaire instituten zoals gevangenissen, psychiatrische inrichtingen, soldatenbarakken, kloosters, omschrijft de verhouding tussen staf en inwoners, als volgt: 'In total institutions there is a basic split between a large managed group, called inmates, and a small supervisory staf . . . Staff tends to feel superior and righteous; inmates tend in some ways at least, to feel inferior, weak, blame worthy, and guilty'.⁶

De 'basic split' tussen staf en inwoners komt in totalitaire instituten ook tot uitdrukking in de manier waarop het leven van de inwoners wordt georganiseerd⁷:

In de eerste plaats: alle aspecten van het leven, zoals werken, slapen, spelen, vinden plaats in dezelfde ruimte en onder dezelfde autoriteit.

In de tweede plaats: iedere activiteit van de inwoner vindt plaats in de onmiddellijke nabijheid van een grote groep anderen die dezelfde dingen doen en op dezelfde wijze worden behandeld.

In de derde plaats: alle activiteiten van de dag worden in een strak schema gepast, 'van boven' opgelegd.

In de vierde plaats: alle activiteiten worden verricht om één plan te dienen dat de officiële belangen van het huis moet behartigen.

De invloed van een dergelijk totalitair bestuurd inrichting op de inwoner is diep ingrijpend: Goffman spreekt over 'de mortificatie van het zelf' dat door dit systeem wordt teweeggebracht. Er is geen sprake van dat deze beschrijving van 'total-institutions' zonder meer van toepassing zou zijn op de Nederlandse verpleeghuizen; daarvoor spelen in de verpleeghuizen te veel andere factoren een rol, die het karakter van het 'totaal-instituut' wegnemen. Niettemin zijn er in de analyse van Goffman elementen te vinden die ons te denken geven: Wat is bijv. de invloed van de autoriteit van de medicus, hoofdzuster, leerling, op de patiënt, zeker wanneer deze invloed lang blijft bestaan?

Wat betekent het voor een patiënt als er steeds plannen voor hem worden gemaakt en hij er zelf niet werkelijk bij betrokken wordt? Wat betekent het voor de patiënt om alle activiteiten van de dag in dezelfde ruimte uit te voeren in de onmiddellijke nabijheid van anderen die op dezelfde wijze worden behandeld? Wat betekent het voor de patiënt als de overheersende doelstelling van het huis 'reactivatie' is en er daarnaast weinig ruimte bestaat voor iets anders.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat het gedrag van de arts en de verpleegkundigen én het regelen of 'plannen' van het leven van de patiënt door deze functionarissen van zódanige invloed op de patiënt zijn dat de rol die hij zélf nog kan spelen en bepalen uiterst beperkt wordt.

2.3. DE BETEKENIS VAN HET HULPBEHOEVEND ZIJN OP HET ROLGEDRAG VAN PATIËNT EN PERSONEEL

Hulpbehoevend zijn betekent in de meeste gevallen afhankelijk zijn van anderen. Afgezien van de vrij complexe psychologische componenten die een rol spelen in de relatie tussen een hulpbehoevende persoon en een helper, heeft het hulpbehoevend zijn ook belangrijke sociale gevolgen. Deze sociale gevolgen worden duidelijker wanneer de hulpbehoevendheid en het helpen plaatsvinden in een instituut. Enkele van deze gevolgen zullen hieronder genoemd worden:

1. De hulp die de hulpbehoevende zieke mens in een verpleeghuis ontvangt, ervaart hij als anonieme hulp. Vergeleken bij thuis, waar hij de familie, de huisarts, de wijkzuster persoonlijk kende, is het voor de patiënt niet mogelijk de zusters en het andere personeel te leren kennen. Dit niet leren kennen wordt in de hand gewerkt door de verschillen in de diensten van het verplegend personeel (dagzusters, avond- en nachtzusters).
2. De hulpbehoevendheid in het verpleeghuis wordt versterkt door de omstandigheid dat hij, als patiënt, er alléén met zijn hulpbehoevendheid komt en niet als vader of als echtgenoot of als oud-bankdirecteur. Ook dit is een groot verschil met thuis, waar hij nog iets betekende.
3. Het verpleeghuis waar de patiënt is terechtgekomen heeft een bepaalde doelstelling: het moet hulpbehoevende mensen helpen. Deze doelstelling waarvan de patiënt op de hoogte is, kan gemakkelijk zijn gevoel van hulpbehoevendheid versterken: Hij is er toch voor zijn hulpbehoevendheid? Deze factoren die een belangrijke rol spelen in het hulpbehoevend zijn in een instituut, kunnen er gemakkelijk toe leiden dat de patiënt zich een bepaalde 'rol' gaat

toeëigenen, de rol van hulpbehoevende. Dit rolgedrag wordt vaak versterkt door het optreden van de helpers in het instituut, in dit geval de leerling-ziekenverzorgenden, de ziekenverzorgenden en medisch en para medisch personeel. Enkele factoren die het gedrag van dit personeel beïnvloeden zijn:

- a. Voor veel jonge ziekenverzorgenden betekent het frequente en intieme contact met de patiënten een zware opgave. Het zien en meemaken van lijden, pijn, lichamelijke aftakeling en het sterven, betekent voor velen van hen een situatie die moeilijk te verwerken is.
- b. De leiding of de staf van het verpleeghuis heeft hier begrip voor en wijst het personeel er op dat een te sterke persoonlijke betrokkenheid bij de patiënt niet gewenst is. Door verschillende diensten en het verdelen van de werkzaamheden t.o.v. de patiënt, kan dit ook bereikt worden.
- c. Personeelsleden richten zich vaak in de eerste plaats op de doelstelling van het instituut: In het verpleeghuis is dit vaak de reactivatie, het zo zelfstandig mogelijk maken van de patiënt. Deze doelstelling geeft een houvast aan het personeel om aan de persoonlijke problematiek van de patiënt te ontkomen.

Deze omschrijving van het rolgedrag van patiënt en hulpverlener in het verpleeghuis is vergelijkbaar met de theoretische analyse die Talcott Parsons⁸ over het rolgedrag van patiënt en medicus heeft gegeven. Parsons ziet de patiënt in de eerste plaats in een sociale positie: hij is de ziekenroldrager en de medicus vervult daarbij een complementaire 'rol'. Hij, de patiënt, is niet verantwoordelijk voor zijn situatie, hij kan het niet helpen dat hij ziek is. Vanuit dit gevoel van hulpeloosheid groeit bij de zieke het besef van zijn eigen incompetentie, van sterke emotionele betrokkenheid bij eigen leven en de noodzaak om technisch competente hulp in te roepen. Hiertegenover plaatst Parsons de 'rol' van de medicus die het ziek zijn als het ware legitimeert, die het noodzakelijk vindt om hulp te verschaffen op voorwaarde dat de patiënt meewerkt. Het gedrag van de roldrager 'medicus' is volgens hem: affectief neutraal, functioneel specifiek, niet individueel doch collectief gericht. Dit alles is nodig om enerzijds adequaat te kunnen helpen en anderzijds niet te zeer betrokken te geraken bij de vele emotionele en individuele gevoelens van de patiënt.

Men hoeft het niet geheel eens te zijn met Parsons analyse van patiënt- en doktergedrag, om toch bepaalde kenmerken die in het verpleeghuis in de relatie hulpbehoevende - helper aanwezig zijn, te herkennen. In ieder geval lijkt het juist te erkennen dat wanneer in het verpleeghuis d.m.v. standaardgedragingen het accent te zwaar op de hulpbehoevendheid van de patiënt wordt gelegd en eveneens op het

anonieme gedrag van het personeel, de patiënt tot een afhankelijk individu wordt gemaakt. Een afhankelijkheid die snel tot infantilisering leidt. Terecht merken Berger en Berger⁹ hierbij op dat de afhankelijkheidsrol die tot infantilisering leidt voor sommige patiënten misschien een prettige ervaring kan zijn, voor de meesten van hen is het echter een schokkende en zeer deprimerende ontdekking. Of het mogelijk is níét in een bepaald rolgedrag te vervallen, zowel voor patiënt als voor personeel, is een belangrijke vraag waarop we op het eind van dit hoofdstuk terug willen komen.

2.4. DE GEVOLGEN VAN HET VERLATEN VAN EIGEN VERTROUWDE OMGEVING (THUIS EN FAMILIE) EN HET AANPASSEN AAN EEN NIET-VERTROUWDE OMGEVING (PERSONEEL)

De de-humaniserende of de-personaliserende invloeden van het instituut op bejaarden worden niet alleen veroorzaakt door het instituut zélf. Lieberman wijst op nóg twee factoren die van belang zijn:

- a. de selectie: wie gaan er naar een instituut, c.q. verpleeghuis,
- b. de verandering van omgeving.

Ad a. Ten aanzien van de selectie zegt Lieberman 'Institutionalized aged share some characteristics because of who they are and not where they are'.¹⁰ Dit geldt zeker voor het verpleeghuis. Veel onderzoekers beklemtonen o.i. te weinig de verslechtering van de psyche veroorzaakt door de ziekte, het lijden, de pijn en de zorg die daarmee gepaard gaan. Alleen al de beleving van het (vaak) ernstig ziek zijn, kan leiden tot energieverlies, depressies, apathie e.d.

Ad b. De verandering van omgeving impliceert eveneens ernstige gevolgen in het rolgedrag van de patiënt. Ook hier wijst Lieberman op: 'In this light, the effect of an institution can be viewed less as a product of its quality or characteristics than of the degree to which it forces the person to make new adaptive responses or employ adaptive responses from the previous environment'.¹¹

De invloeden van omgevingsverandering zijn op de volgende wijze te verklaren:

In de eerste plaats geschiedt de opname vaak onvrijwillig. Het zijn de omstandigheden thuis (te zware verpleging, stress-situatie) óf het 'te' dure ziekenhuisbed, die opname in het verpleeghuis noodzakelijk maken. Uiteraard zal de onvrijwilligheid niet bijdragen tot de levensvreugde en de motivatie van de patiënt.

In de tweede plaats speelt het rolverlies t.a.v. de vertrouwde omgeving thuis een grote rol: de patiënt kon zich thuis nog oriënteren in zijn

rollen in de maatschappij, als vader, echtgenoot, oud-voorzitter van de damclub e.d.; bij het betreden van het instituut is dit bijna onmogelijk geworden.

In de derde plaats zal de patiënt zich een nieuw rolgedrag moeten aanmeten t.a.v. medepatiënten en personeelsleden in het instituut: nieuwe groepen van mensen die hij niet gekozen heeft en waar het, met name t.a.v. de groep personeelsleden, de vraag is hoe ze over hem denken. Het 'aanmeten' van een nieuw rolgedrag waarin de patiënt zich van enige betekenis kan voelen, wordt bemoeilijkt door de volgende factoren:

- a. De eigen hulpbehoefvendheid en afhankelijkheid van anderen.
- b. De onmiddellijke aanwezigheid van anderen met dezelfde of soortgelijke aandoening en hulpbehoefvendheid.
- c. Het vrijwel volledige gemis aan privacy.¹²
- d. De van boven af opgelegde regels van het instituut: zó laat opstaan, zó laat eten, zó veel oefenen, zó laat naar bed. Dit laat geen ruimte voor eigen initiatief.
- e. De immobiliteit van de patiënt waardoor vaak vermindering van sociale contacten, zeker met de maatschappij buiten de instelling, optreedt.
- f. De negatieve stereotypie van jongeren t.a.v. ouderdom.¹³

Lieberman komt ten aanzien van deze overplaatsingsproblematiek er toe om te zeggen dat de opgave waarvoor het oudere menselijke individu wordt gesteld om zich te verplaatsen en zich aan te passen aan de nieuwe omgeving méér invloed heeft op de psyche van de oudere mens dan het karakter of de kwaliteit van het instituut. Wij zijn het met Lieberman eens dat de omgevingsverandering van grote invloed is op het gedrag van de oudere mens. Niettemin zullen de wijze waarop het instituut wordt geleid en het rolgedrag van het personeel in dat instituut factoren zijn die evenééns het psychisch wélbevinden van de oudere mens beïnvloeden.

2.5. SAMENVATTING

In het begin van dit hoofdstuk werd een instituut beschreven als een instelling met standaardgedragingen, opvattingen, normen, waarden en kundigheden dat een oplossing wilde bieden voor een maatschappelijk probleem. In het licht van bovenstaande analyse kan men zich afvragen of het verpleeghuis inderdaad een oplossing biedt voor langdurig zieke, oudere mensen. De negatieve invloeden die zijn beschreven en die vooral bestaan uit de manier van organiseren van het insti-

tuut, het rolgedrag van het personeel en het verlies van eigen rol van de patiënt, doen vermoeden dat het verpleeghuis onvoldoende aan de problematiek van de zieke oudere mens tegemoet komt. Hierbij is het van belang op te merken dat de opgave die het verpleeghuis zich heeft gesteld en de problematiek waarmee het geconfronteerd wordt, van niet geringe omvang zijn. O.i. is de problematiek van de zieke oudere mens, die langdurig invalide is, die steeds in een vreemde omgeving moet leven, die vaak alleen maar wacht op de dood, zó omvatend dat het de vraag is of de wijze waarop het verpleeghuis nú functioneert wel de juiste oplossing kan bieden. Om op deze vraag iets beter te kunnen antwoorden is het onderhavige onderzoek ingesteld. Daarbij is er niet van uitgegaan hóé het verpleeghuis functioneert doch waaróm het op deze wijze gebeurt: Waarom treedt het personeel zo op, waarom reageren patiënten op hun manier, waarom is het instituut op deze wijze georganiseerd?

Om duidelijker aan te geven waarover het hier gaat, wenden we ons tot het theoretisch perspectief van dit onderzoek.

2.6. HET THEORETISCH PERSPECTIEF VAN HET ONDERZOEK

In de onderzoeken over het institutionele leven zoals ze in dit hoofdstuk werden beschreven, werd de nadruk steeds gelegd op de structuur van de organisatie en de invloed daarvan op de patiënt en op het rolgedrag van het personeel en van de patiënt. Hiertegenover kan gesteld worden dat, hoewel organisatiestructuur en rolgedrag van belang zijn, het wellicht nóg belangrijker is uit te gaan van de vraag wat patiënt en personeel zélf belangrijk vinden en wat voor hén van betekenis is.

De bezwaren die aangevoerd kunnen worden tegen bovengenoemde onderzoeken zijn de volgende:

In de eerste plaats komen patiënt en personeel zélf te weinig aan het woord.

In de tweede plaats wordt in de meeste onderzoeken te veel de nadruk gelegd op de situatie op één moment en wordt er te weinig uitgegaan van de veronderstelling dat opname en verblijf in een instituut een procesmatig, d.w.z. een in de tijd verlopend gebeuren is. O.i. kan een analyse van de beleavingswereld van patiënt en personeel gedurende een bepaalde periode en de wijze waarop beide groepen elkaar in die periode beïnvloeden een beter inzicht verschaffen in het 'waarom' van de negatieve aspecten van het institutionele leven.

Het derde bezwaar dat nauw samenhangt met de eerste opmerking, is gelegen in de omstandigheid dat de meeste onderzoeken d.m.v.

observaties door anderen, d.w.z. door buitenstaanders, zijn verricht. Hoe nauwkeurig deze observaties ook wetenschappelijk gestructureerd zijn, ze geven nimmer datgene weer wat patiënten en personeel zelf doormaken en beleven en wat in hun gemeenschappelijke samenleving van betekenis is.

Tenslotte moet er, gezien in het licht van het theoretisch perspectief van dit onderzoek, gewezen worden op het fundamentele onderscheid dat wij maken tussen het verpleeghuis als *organisatie* en het verpleeghuis als *institutie*. Ter verduidelijking van wat hier wordt bedoeld maken we gebruik van de omschrijving die Zijdeveld hiervan heeft gegeven^{14, 15}: 'Onder organisatie verstaan we een samenlevingsverband (groep) waarin meerdere individuen op geordende wijze samenhandelen (interacteren) om één of meer doeleinden te realiseren. Een modern industrieel bedrijf, een kerk of een universiteit zijn in deze zin op te vatten als organisaties . . .

Dit samenhandelen kan men echter ook beschouwen vanuit het gezichtspunt van de institutie. Men let dan op andere aspecten van het handelen. Een institutie is niet zozeer een verband of groep, doch een traditioneel handelingspatroon dat aangeeft hoe men zich dient te gedragen wil men begrijpelijk, zinvol en vooral ook effectief handelen. Aan een institutie zitten dus vooral de aspecten van traditionele waarden en normen vast'.

Het verschil tussen beide benaderingswijzen is belangrijk. Uitgangspunt van de onderhavige studie is de institutiedgedachte: *de wijze waarop de hulpverlening aan de zieke medemens in het verpleeghuis gestalte krijgt*. Hierbij wordt niet uitgegaan van de wijze van organiseren van het verpleeghuis, doch van de vraag hoe in de *gemeenschappelijke belevingswereld* van patiënten en personeel in het verpleeghuis deze 'wereld' als zinvol, begrijpelijk en effectief wordt ervaren.

Er zijn in vroeger tijden vormen van hulpverlening geweest die als zinvol, begrijpelijk en effectief door de maatschappij werden beleefd. Men denke aan hulp door familie, burens of aan de hulp verleend door gasthuizen. De laatste twintig jaar wordt deze hulp aan de oudere zieke medemens in verpleeghuizen verleend. De vraag is nu: Wordt deze hulp wel door de maatschappij als zinvol ervaren? Deze vraag is het hoofddoel van deze studie. Wij menen dat wanneer, zoals in het voorgaande, Lieberman spreekt van 'effects of institutionalization', hij in eerste instantie uitgaat van het begrip organisatie waarbij hij de effecten van deze organisatie op het individu wil nagaan. Ook de omschrijving van Tempelman van het instituut wijst in deze richting: het stelsel van standaardgedragingen zal een oplossing van een bepaald probleem zijn, m.a.w. gericht op een bepaald doel.

Om de vraag naar het functioneren van het verpleeghuis als hulpverlener aan de zieke oudere medemens (als institutie) beter te kunnen beantwoorden, zijn wij het veld ingegaan met een nieuwsgierigheid omtrent de wijze waarop beide groepen van mensen, patiënten en personeel, met elkaar omgingen, met vragen over wat voor hén van betekenis was, waarom ze dit of dat zó deden, waar spanningen of complicaties lagen.

Uiteraard bleek dat het aspect van de organisatie van het verpleeghuis van invloed was op de interacties tussen de groepen mensen. Niettemin zijn wij niet uitgegaan van geconstateerde structuren doch van de betekeniswereld van patiënten en personeel zoals die in de interacties tot uitdrukking komt.

In het licht van deze benaderingswijze van het onderzoek was het noodzakelijk de probleemstelling zeer globaal te houden. Ervan uitgaande, gezien de onderzoeken die er ten aanzien van het verpleeghuis zijn verricht, dat het verpleeghuis niet adequaat functioneert, is de probleemstelling als volgt geformuleerd:

‘Welke kunnen de redenen zijn waarom het verpleeghuis als institutie onvoldoende tegemoet komt aan de problemen waarvoor de patiënt in het verpleeghuis wordt gesteld?’

Alvorens tot de beantwoording van dit probleem d.m.v. het onderzoek over te gaan, is het noodzakelijk het theoretisch perspectief nader toe te lichten en de methode van onderzoek te preciseren.

3. Het symbolisch-interactionistisch perspectief

Identiteit en institutie

3.1. INLEIDING

Zoals in het vorige hoofdstuk werd opgemerkt zal de betekeniswereld die tot uitdrukking komt in het interacteren tussen patiënten en personeel in dit onderzoek centraal staan. Vanuit de analyse van de interacties zal getracht worden een antwoord te vinden op de vraag wat patiënten en personeel belangrijk vinden en waarom.

Interacties tussen mensen of groepen van mensen kunnen op verschillende psychologische of sociologische manieren worden geïnterpreteerd. In deze studie is gekozen voor de symbolisch interactionistische interpretatie omdat ze o.i. de beste waarborg biedt voor een inzicht in wat mensen zelf in het interacteren van belang of van betekenis vinden.

In dit hoofdstuk zullen enkele, voor deze studie relevante aspecten van het symbolisch-interactionistisch denken, worden besproken.¹ Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan de orde worden gesteld:

- 3.2. Het symbolisch-interactionistisch perspectief op de sociale werkelijkheid.
- 3.3. De 'betekenis' van sociale interacties.
- 3.4. De begrippen zelf (identiteit) en zingevingsgebied (institutie).
- 3.5. Problemen bij interacties tussen 'het zelf' en 'het zingevingsgebied'.
- 3.6. De wijze van opbouw van het zingevingsgebied en de relevantie-structuren van Alfred Schutz.
- 3.7. De nadere toelichting van de theorie op het onderzoek.

3.2. HET SYMBOLISCH-INTERACTIONISTISCH PERSPECTIEF OP DE SOCIALE WERKELIJKHEID

Een belangrijk kenmerk van het symbolisch interactionisme is dat het in feite meer een perspectief aangeeft t.a.v. de sociale werkelijkheid dan dat het één bepaalde theorie is. Er zijn verschillende sociologen die beïnvloed zijn door het symbolisch interactionistisch denken

terwijl ze daarbij op éigen wijze de sociale werkelijkheid hebben geanalyseerd.²

De Amerikaanse socioloog Herbert Blumer die zich intensief heeft beziggehouden met de methodologie van het symbolisch interactionisme³, geeft op heldere wijze aan waaruit dit perspectief bestaat. In zijn werk verzet hij zich tegen te sterk gedetermineerde mensbeelden zoals die in de Amerikaanse sociologie, met name in de operationalistische en functionalistische sociologie, op de voorgrond zijn getreden. Hij beschrijft dit als volgt: 'Psychologists do take into account such factors as stimuli, attitudes, conscious or unconscious motives, various kinds of psychological inputs, perception and cognition, and various features of personal organization, while sociologists on their part focus upon factors like, social position, status demands, social rules, cultural prescription, norms and values'.⁴

Blumer trekt hieruit de volgende conclusie: 'In both such typical psychological and sociological explanations, the meaning of things for the human beings who are acting are either bypassed or swallowed up in the factors used to account for their behavior'.⁵

Twee aspecten t.a.v. de sociale werkelijkheid waarover Blumer hier spreekt, zijn van belang: *Enerzijds* mag de betekenis die de dingen voor de mensen hebben, d.w.z. de werkelijkheid zoals die in het handelen met elkaar oprijst, niet 'verzwolgen' worden door psychologische of sociologische denkstructuren m.a.w. deze mag niet volledig worden weg-geobjectiveerd; *anderzijds* mag de werkelijkheid voor de mensen niet alleen in die mens gezocht worden, niet alleen subjectief gezien worden, doch juist in het handelen met elkaar. Blumer wijst daar op 'the meaning of things for the human beings who are acting'.

Het perspectief dat het symbolisch interactionisme geeft is hierin gelegen dat het 'zicht' wil geven op de directe menselijke ervaringswereld zonder daarbij in objectiverende denkstructuren te vervallen of in een beschrijving van puur subjectief beleven. Wat in feite bedoeld wordt kan nader worden geïllustreerd in de onderwerpen die nu worden besproken, met name in de beschrijving van de betekenis der sociale interacties en de beschrijving van het zelf en het zingevingsgebied.

3.3. DE BETEKENIS DER SOCIALE INTERACTIES

George Herbert Mead, één van de 'vaders' van het symbolisch interactionistisch denken⁶, heeft een analyse van de sociale werkelijkheid gegeven waaruit de betekenis der interacties en het 'zelf' en het 'zingevingsgebied' duidelijk kunnen worden gemaakt. In zijn beroemd

geworden boek *Mind, Self and Society*⁷ (1934) geeft hij aan dat het 'zelf' gevormd wordt door de interacties met anderen. Vanuit de bijna instinctmatige gebaren, zegt Mead, die uit het individu kunnen voortkomen (vergelijk het schreien van een baby) kunnen in anderen reacties worden opgewekt zoals die in het individu zelf ook leven: 'We have seen that there are certain gestures that do affect the organism as they affect others organisms and may, therefore, arouse in the organism responses of the same character as aroused in the other'. Hier hebben we een situatie, vervolgt Mead, waarin de sociale stimuli een effect hebben op het individu dat gelijk is aan die welke ze op de ander hebben: 'That, for example, is what is implied in language; otherwise language as significant symbol would disappear, since the individual would not get the meaning of that which he says'.⁸

De betekenis van sociale interactie (in dit geval van de taal) is gelegen in een triadische relatie: een persoon die iets zegt, zegt tegen zichzelf wat hij tegen anderen zegt: 'otherwise he does not know what he is talking about'. Om zinvol met elkaar te communiceren, om elkaar te begrijpen, moeten wij de rol van de ander overnemen. Mead spreekt hier over 'talking the role of the other'.⁹

De betekenis der sociale interacties is, zo gezien, niet in de eerste plaats afhankelijk van de subjectieve inhoud die het individu daaraan geeft, doch is afhankelijk van datgene wat in het interacteren met anderen tot uitdrukking wordt gebracht.

3.4. 'ZELF' EN 'ZINGEVINGSGEBIED'

Wat Mead in het bovenstaande bedoeld kan duidelijker worden gemaakt door de beschrijving die hij geeft van de vorming van het 'zelf' en het 'zingevingsgebied' waarin dat 'zelf' leeft. Het zelf of zelfbewustzijn van het individu maakt niet in de eerste plaats menselijke communicatie mogelijk, doch omgekeerd wordt in het zinvol met elkaar communiceren het 'zelf' gevormd; het rijst als het ware op uit de interacties tussen de mensen. Het centrale mechanisme bij dit interacteren is het overnemen van de rol van de ander: 'taking the role of the other'.

Het kind doet dit reeds in de vorm van wat Mead 'Play' noemt: het neemt verschillende rollen in, het arresteert zichzelf als politieman, het speelt Indiaantje, e.d. De ouderen doen dit in de vorm van 'Game', dit is een georganiseerd spel waarbij meerderen betrokken zijn en waarbij de rollen van elkaar worden overgenomen (vgl. een voetbal-elftal).¹⁰ Door het internaliseren van de rollen van anderen in de interacties met anderen wordt het denken, het zelf of zelfbewustzijn ge-

vormd. Mead geeft van dit proces van de vorming van het zelf een sprekend voorbeeld in de figuur van Helen Keller, de bekende Amerikaanse vrouw die doof en blind was.¹¹ Zij ontdekte dat ze geen mentale inhoud, geen 'zelf' kon ontwikkelen vooraleer zij in communicatie kon treden met andere personen via symbolen die in haar zelf de antwoorden konden opwekken zoals die ook bij anderen opgewekt werden.

Het zou onjuist zijn te menen dat in de visie van Mead het 'zelf' uitsluitend bestaat uit het geïnternaliseerde handelen met anderen. Wanneer dit het geval was zou het 'zelf' alleen maar een sociaal zelf zijn. Mead maakt in het 'zelf' de volgende onderscheiding¹²: het wordt gevormd door een 'I' en een 'Me'. Hiervan zegt hij het volgende: "The 'I' is the response of the organism to the attitudes of the others, the 'Me' is the organized set of attitudes of others which one himself assumes. The attitudes of the others constitute the organized 'Me' and than one reacts toward that as an 'I'".

Het onderscheid dat Mead hier maakt is zeer belangrijk. Met het 'I' wordt aangegeven dat de mens een vrij, creatief wezen is, dat initiatieven kan nemen en actief kan zijn, met het 'Me' wordt aangegeven dat 'de anderen', de maatschappij buiten het individu, in de vorm van 'the organized set of attitudes of others' ook *in* de mens aanwezig is.

Het belangrijke van Mead's denken is enerzijds gelegen in zijn opmerking dat het 'zelf' creatief is en dat de mens door deze creativiteit de samenleving méé produceert en onderhoudt, anderzijds dat de sociale werkelijkheid die door de mens vaak als een uiterlijke, objectieve werkelijkheid wordt ervaren, ook *in* de mens, als een 'organized set of attitudes of others' aanwezig is. Mead noemt de 'organized set of attitudes of others' ook wel de *institutie*, dat is het geheel van attitudes van anderen dat wij allen in ons dragen en dat ons gedrag controleert en er richting aan geeft.¹³ De instituties, die het gedrag van de menselijke samenleving bepalen, zijn, in deze Meadiaanse visie, géén vastgelegde, vóórgeordende patronen die buiten de mens om worden geordend, doch ze worden door de mens zélf geproduceerd en onderhouden.

Het 'zelf' of de identiteit en het zingevingsgebied van de sociale werkelijkheid, de institutie, zijn onverbrekkelijk met elkaar verbonden. Het belangrijke hierbij (zoals hierboven werd opgemerkt) is dat identiteit niet primair een zaak van het individu alléén is, doch primair afhankelijk is van het wel of niet deelnemen aan het zingevingsgebied waarin hij leeft. Zijderveld¹⁴ definieert het begrip identiteit als: 'Alles wat antwoord geeft op de vraag "wie ben ik" en op de vraag "wie is hij/zij"'. Deze dubbele vraagstelling is belangrijk want wat ik als

mijn identiteit ervaar, hoeft nog niet samen te vallen met wat anderen als mijn identiteit beschouwen'. M.a.w. het ik én de anderen behoren bij elkaar wanneer er sprake is van identiteit. Of om met Mead te spreken: 'The individual possesses a *self* only in relation to the selves of the other members of his social group; and the structure of his self expresses or reflects the general behavior pattern of this social group to which he belongs.'¹⁵

Mead zelf heeft zich niet lang beziggehouden met het belangrijke probleem dat opduikt wanneer het 'zelf' en 'zingeingsgebied' niet op elkaar zijn betrokken. Toch is het denkbaar dat een 'zingeingsgebied' niet door het 'zelf' wordt begrepen of dat de identiteit van het individu niet 'past' in het 'zingeingsgebied'.

3.5. PROBLEMEN BIJ INTERACTIES TUSSEN HET 'ZELF' EN HET 'ZINGEVINGSGBIED'

Zoals werd opgemerkt zijn identiteit en institutie niet steeds op zinvolle wijze op elkaar betrokken. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het zingeingsgebied waarin het individu binnentreedt niet wordt begrepen.

Berger en Luckmann¹⁶ geven in hun studie het voorbeeld van het bijwonen van een inheemse bruiloft (institutie) door een buitenlander: 'De buitenlander of vakantieganger zal moeilijk de ordening van het feestelijk gebeuren begrijpen: de handelingen die er verricht worden, de kleding die gedragen wordt, de tafelschikking, de betekenis van het voedsel, de liederen, de dansen e.d. Pas wanneer hij gedurende langere tijd in het dorp verblijft en van anderen leert wat de betekenis van alle handelingen op een dergelijk feest is, kan hij er aan mee doen'.

B. J. Glaser en A. L. Strauss¹⁷ hebben de identiteitsproblematiek op de volgende wijze aan de orde gesteld. In hun studie *Awareness of dying* worden de interacties tussen de patiënt, wiens identiteit bestaat uit de omstandigheid dat hij stervende is (of binnenkort zal gaan sterven), en het personeel van het ziekenhuis dat op deze situatie moet reageren, besproken. Problemen t.a.v. de identiteit van de patiënt als stervende patiënt ontstaan doordat de patiënt in de meeste gevallen niet op de hoogte is van zijn ware toestand en ook niet wordt gebracht, terwijl het personeel dit wél is. Glaser en Strauss hebben het ingewikkelde interactiepatroon tussen patiënten en personeel omschreven als 'awareness-context'. Hiermee willen zij aangeven 'the total combination of what each interactant in a situation knows about the identity of the other and his own identity in the eyes of the other'.¹⁸ Deze

‘awareness-context’ zal veranderen naarmate de patiënt meer gaat weten over zijn toestand of vermoedens gaat krijgen over zijn werkelijk lijden, terwijl het personeel voortdurend in het interacteren met de patiënt hierop moet inspelen. Ter verduidelijking van wat hier bedoeld wordt zal in het kort worden aangegeven welke vier bewustzijnscontexten Glaser en Strauss hebben onderscheiden:

1. *Closed-awareness-context* – een interactiesituatie waarin één van de partners (de patiënt) over geen enkele informatie over zijn ware toestand beschikt en de andere (personeel) wel. Het personeel zal trachten de ware stand van zaken geheim te houden. Hieruit volgen allerlei tactieken en strategieën van het personeel.
2. *Suspicion-awareness-context* – een interactiesituatie waarin de patiënt vermoedens krijgt over de stand van zaken. Het gevolg is dat hij zal trachten deze vermoedens bevestigd te krijgen. Ook hierop moet het personeel, weer op geheel andere wijze, inspelen.
3. *Mutual-pretense-awareness-context* – een interactiesituatie waarin beide partners de ware stand van zaken kennen, doch doen alsóf dit niet zo is.
4. *Open-awareness-context* – een interactiesituatie waarin beide partners op de hoogte zijn van de toestand en er ook over spreken.

Het zou te ver voeren alle tactieken en strategieën die patiënt en personeel in deze bewustzijnscontexten toepassen, hier weer te geven. In hun studie hebben Glaser en Strauss echter aangetoond dat door analyse van interacties tussen groepen van mensen, in dit geval tussen patiënten en personeel, een beter inzicht kan worden verkregen in het functioneren van een instituut (ziekenhuis) én van het identiteits-beleven (als stervend patiënt), dan door theorieën en beschouwingen over ziekenhuis of dood.

3.6. DE OPBOUW VAN HET ZINGEVINGSGBIED EN DE RELEVANTIE-STRUCTUREN VAN ALFRED SCHUTZ

Uit de analyse van Glaser en Strauss blijkt dat het ‘zelf’ of de identiteit en het zingevingsgebied (institutie) in de sociale werkelijkheid niet steeds ‘zinvol’ op elkaar betrokken zijn. Uit de ervaring van het dagelijks leven weten we ook dat er allerlei instituties of, beter gezegd, talloze instituties in de sociale werkelijkheid te vinden zijn waar het ‘ik’ of het ‘zelf’ niet bij betrokken zijn en vaak ook niet bij betrokken behoeven te zijn. Sommige ‘zingevingsgebieden’ zijn voor het individu relevant, andere weer niet.

Alfred Schutz¹⁹ heeft in zijn fenomenologische sociologie het

denken van Mead over het zelf en institutie nader uitgewerkt. In zijn benadering van de sociale werkelijkheid staat de alledaagse werkelijkheid met de daarin voor de mens belangrijke relevantiestructuren centraal.

Aangezien Schutz's wijze van benaderen van de sociale werkelijkheid een belangrijke rol zal spelen in de analyse van de definitieve opzet van de onderhavige studie, zullen in het hiernavolgende enkele, voor deze studie relevante, aspecten van het denken van Schutz worden weergegeven.

3.6.1. De alledaagse werkelijkheid

In de analyse van de interacties tussen patiënten en personeel in het verpleeghuis, zal veelvuldig gebruik worden gemaakt van de begrippen 'typificatie' en 'typen'. Wat wordt hieronder in Schutz's analyse verstaan?

Typificaties en typen worden door mensen geproduceerd in de situaties waarin de mens dagelijks verkeert. Zij dienen als een oplossing van een concreet probleem in die situatie: 'A type is produced in a situation and arises as a solution (or attempted solution) to concrete problems'.²⁰ Dit betekent dat mensen niet zó maar wat typificeren en ook niet theoretisch typificeren (tenzij men een onderwerp wetenschappelijk-thematisch maakt) doch dat typificaties noodzakelijk zijn om de vele situaties waarin de mens komt te verkeren, het hoofd te bieden of de baas te worden. Om nu dit 'typificeren in situaties' goed te kunnen begrijpen is het noodzakelijk de aandacht te vestigen op het wezenlijke in Schutz benaderingswijze van de sociale werkelijkheid. Zoals gezegd gaat het hem niet om theoretische of wetenschappelijke constructies voor situaties doch om de wijze waarop de mens de alledaagse werkelijkheid beleeft. Hij wil de structuren van de alledaagse werkelijkheid, die 'vanzelfsprekend' voor ieder aanwezig is, pre-reflexief, vóór-wetenschappelijk, bloot leggen. 'The sciences that would interpret and explain human action and thought must begin with a description of the fundamental structure of what is pre-scientific, the reality which seems self-evident to men remaining within the natural attitude. This reality is the everyday life-world'²¹.

Hoe 'vanzelfsprekend' de alledaagse leefwereld ook voor een ieder van ons aanwezig is, tóch is die leefwereld omringd door onzekerheid. Schutz schetst de alledaagse leefwereld ook wel als een relatief-natuurlijke wereld: de 'typische' vanzelfsprekendheid waarin de mens van alledag leeft is niet een gesloten, logisch systeem doch omringd door onzekerheid 'What is taken for granted within the prevailing life-worldly situation is surrounded by uncertainty'.^{22, 23} Schutz's theorie

is daarom van zo veel betekenis voor ons onderzoek omdat het aangeeft op welke wijze de mens de onzekerheid het hoofd biedt.

Wij zullen zien dat de typificaties en het typificeren van de concrete situaties waarin de mens komt te verkeren, daarbij een centrale rol spelen. Daartoe zullen we nu enkele structuren van de alledaagse leefwereld zoals Schutz ze heeft beschreven, bespreken.

3.6.2. Typificaties: symbolische voorstelling van objecten

De realiteit van het dagelijks leven wordt bepaald door typerende schema's die we gebruiken om de ander te begrijpen en er mee om te gaan. Zonder de typerende schema's wordt de ander en eveneens de situatie waarin wij met anderen verkeren, a-typisch en daardoor niet hanteerbaar. Men kan een typificatie omschrijven als een symbolische voorstelling van objecten, mensen en gebeurtenissen. Dit betekent dat dóór de typificaties, objecten e.d. sociaal geobjectiveerd worden in betekenis-contexten: hierdoor worden menselijke lichamen méde-mensen, bewegingen tot handelingen of gebaren of tot communicatie.

Nu is het belangrijk er op te wijzen dat deze betekenis-contexten voor een groot deel voor een ieder mens zijn vóórgegeven: 'This world (de typische, zelf-evidente, pre-reflexieve wereld) appears to me in coherent arrangements of well-circumscribed objects having determined properties. For men in the natural attitude the world is never a mere aggregation of colored spots, incoherent noises, or centers of cold and warmth . . . Moreover, I simply take it of granted that other men also exist in this my world, not only in a bodily manner like other objects, but rather as endowed with a consciousness that is essentially the same as mine'.²⁴ M.a.w. in de natuurlijke leefwereld zijn steeds typificaties of geobjectiveerde betekeniscontexten aanwezig waarin ik als individu leef en mij oriënteer en waarin ik als vanzelfsprekend aanneem dat andere mensen op dezelfde wijze bestaan, m.a.w. de natuurlijke leefwereld is eveneens een intersubjectieve wereld. Als voorbeelden van typificaties zouden we de volgende willen geven: Een 'type' is bijv. de loketbeambte in het station van de trein, de relatie tussen hem en mij is eveneens typisch: ik moet een kaartje kopen, hij geeft tegen betaling een kaartje. Ik reis niet alleen, er zijn méér mensen die reizen: zo ontstaat het type: reiziger. Je gedraagt je als reiziger typisch zo en zo. Zonder kaartje reis je niet, je rookt niet in een niet-rookcoupé etc. Dit zijn typificaties van gedrag die in de maatschappij als het ware zijn geïnstitutionaliseerd. (Vgl. Mead's organized set of attitudes of others = institution).

Uit dit voorbeeld wordt reeds duidelijk dat de alledaagse leefwereld op een bepaalde gestratificeerde wijze sociaal en cultureel-historisch

vóórgegeven is, als een frame voor de mens waarin hij én zijn medemens op een natuurlijke wijze kunnen leven.

3.6.3. *'The stock of knowledge'*

Nu is het echter niet zo dat de vóórgegeven structuur waarin de mens reeds bij zijn geboorte terecht komt, hem alléén maar stuurt. Náást deze sociale structuur doet een mens zijn éígen ervaring op. Schutz noemt als meest wezenlijke van deze ervaring dat de mens dóór de ervaringen in zijn leven een 'sociale kennisvoorraad' opbouwt (stock of knowledge) waarmee hij de alledaagse situaties hanteert of de baas kan worden. Belangrijke elementen in de voorraadkennis zijn: de vaardigheden, de nuttige kennis en de receptkennis.

Vaardigheden zijn bijv. het lopen, het aankleden, het zwemmen e.d. Nuttige kennis zijn al die dingen die men automatisch, gestandaardiseerd kan doen, zoals roken, schrijven, scheren, autorijden, eieren bakken. Receptkennis is weggelegd voor speciale situaties: de jager die de sporen volgt van het hert, de zeeman die zich oriënteert op het weer.²⁵

De sociale kennisvoorraad bevat talloze typificaties van situaties die wij dagelijks tegenkomen en waarmee vrijwel automatisch de 'dingen van alle dag' worden opgelost.

3.6.4. *Pragmatische levenshouding: hoe word ik de situatie meester?*

Echter, niet iedere ervaring in het dagelijks leven verloopt automatisch of probleemloos. Een probleem duikt op wanneer er een a-typische situatie, gebeurtenis of object 'aan de horizon' verschijnt. In een dergelijke situatie zegt Schutz, wordt de mens in de alledaagse leefwereld gedreven door één motief: hoe word ik de situatie meester. Dit betekent dat de natuurlijke levenshouding pragmatisch is: de mens moet de situatie begrijpen tot het niveau noodzakelijk om te kunnen handelen.²⁶

Op het moment dat het a-typische in de situatie verschijnt, zal de mens proberen het a-typische, typisch te maken en daarmee op te nemen in de vertrouwde getypificeerde wereld.

3.6.5. *De relevantiestructuren*

In dit proces van het incorporeren van het a-typische in het typische wordt de mens geleid door drie relevantiestructuren nl. de thematische relevantie, de interpretatieve relevantie en de motivationele relevantie. Schutz zelf geeft van dit proces een verhelderend voorbeeld²⁷: 'Een

man komt zijn slecht verlichte kamer binnen en denkt dat hij in de hoek van de kamer een opgerold stuk touw ziet. Maar hij ziet het niet scherp. Derhalve vraagt hij zich af of het werkelijk een stuk touw is (thematische relevantie). Zou het ook niet een slang kunnen zijn? Dit is toch ook mogelijk. Nu gaat hij twijfelen aan zijn eerste indruk. Hij gaat dichterbij het voorwerp toe. Het beweegt niet: opgerolde stukken touw bewegen ook niet, misschien is het tóch een stuk touw. Nu bedenkt de man zich dat slangen dezelfde kleur kunnen hebben als het voorwerp in de hoek van de kamer en dat slangen langdurig, opgerold kunnen liggen. Hij gaat op nadere inspectie uit (interpretatieve relevantie). Wat hij ook doet (betere belichting, met een stok er tegen aandruwen) hij komt niet tot een beslissing over wát het voorwerp is. De vraag of hij verder zal gaan met zijn onderzoek (de burens erbij vragen, een expert roepen) hangt af van de vraag in hoeverre het vreemde voorwerp hem bang maakt (motivationale relevantie)

Tot zover het voorbeeld van Schutz: Het hanteren van een probleemsituatie of van het 'a-typische' wordt door de relevantiestructuur gestuurd in de richting van de typische d.w.z. vertrouwde situatie. Dit voorbeeld heeft betrekking op het a-typische van een voorwerp.

A-typische of onvertrouwde situaties doen zich echter evenzeer voor tussen medemensen of bij de mens zelf. Een voor de hand liggend voorbeeld voor de onderhavige studie is de persoon die op een bepaald moment verschijnselen aan zijn lichaam ontdekt die er vroeger niet waren. Laten we aannemen dat de persoon vaker struikelt dan voorheen. Door dit struikelen wordt het lichamelijk functioneren voor hem thematisch relevant. Hij zal gaan denken over wat het nu kan betekenen dat hij méér moeite heeft bij het lopen. De persoon gaat naar een verklaring zoeken: het zal wel komen doordat hij de laatste tijd vermoeid is of misschien komt het omdat hij kortgeleden een keer gevallen is. Voorlopig laat hij het bij deze interpretatie doch wanneer het struikelen erger wordt en blijft voortduren zal hij er toch iets aan moeten doen: hij wordt gemotiveerd om naar de dokter te gaan die hem zal vertellen waardoor het struikelen wordt veroorzaakt en wat er aan te doen is. Wanneer de dokter hem verteld, na onderzoek, dat één van de gewrichtsbanden is verrekt en dat hij enkele weken rust moet houden, dan is de situatie voor de patiënt weer vertrouwd geworden: Het a-typische (het struikelen) is typisch geworden: een verrekte enkelband, een gewoon voorkomend verschijnsel. Ingewikkelder wordt de situatie wanneer na de paar weken rust de verschijnselen aan het been gaan toenemen i.p.v. te verdwijnen zoals de dokter had voorspeld. Het struikelen kan overgaan in het slepen met het been, het niet goed meer kunnen optillen. Opnieuw wordt nu het lichamelijk functioneren relevant en de interpretatiefase zal zich her-

halen: de dokter heeft zich vergist, wat zal het dan wél zijn, ik zal toch niet dit of dat hebben? Nu wordt de persoon gemotiveerd het 'hogerop' te zoeken: de specialist zal het beter weten. Wanneer de specialist vertelt dat het been verschijnselen vertoont van verlamming (het vermoeden van de specialist dat de verlamming waarschijnlijk veroorzaakt wordt door multiple sclerose, wordt door hem niet uitgesproken), wordt het lichamelijk functioneren voor de persoon weliswaar thematisch relevant doch op een a-typische, onvertrouwde manier. In de fase die hierop volgt zal de persoon voortdurend *hypothetisch*²⁸ interpretatief en motivationeel bezig zijn: áls ik naar het ziekenhuis ga of naar het revalidatiecentrum, hoop ik op te knappen, dáár weten ze wat er moet gebeuren. Wanneer later in het revalidatiecentrum blijkt dat ook het tweede been dezelfde verschijnselen gaat vertonen, wordt het interpreteren en motiveren steeds ingewikkelder en krijgt het a-typische van de situatie een dreigender karakter.

Drie aspecten in bovenstaande beschrijving van het a-typische in de situatie verdienen de aandacht.

Ten eerste blijkt uit de voorbeelden dat de mens gedreven door het pragmatisch motief, het onvertrouwde in zijn leven vertrouwd te maken, interpretatief en motivationeel denkt en handelt: het a-typische moet typisch worden, in het 'typische' kan de mens zich oriënteren.

Ten tweede blijkt, vooral uit het tweede voorbeeld, dat de mens er wéét van heeft hóé en wáár hij het onvertrouwde, vertrouwd kan maken. De persoon met de klachten aan zijn been zal zeker niet naar zijn accountant gaan of naar de winkelier. Deze functionarissen zijn in zijn situatie niet relevant voor hem. De huisarts, de specialist, het ziekenhuis en het revalidatiecentrum zijn voor hém relevante structuren in de sociale werkelijkheid. In feite is de gehele sociale werkelijkheid op deze wijze in relevante structuren te verdelen. Verschillende van deze relevantiestructuren: Hoe mijn vrouw het eten maakt, of er wel of niet een koersdaling op de beurs is, welke veranderingen er in een dogma in de katholieke kerk heeft plaats gevonden, zijn voor mij niet relevant zolang ik mijn eten maar op tafel krijg, zolang ik maar geen aandelen op de beurs heb en zolang ik atheïst ben.²⁹

Ten derde blijkt uit het laatste voorbeeld dat bepaalde a-typische situaties niet- of vrijwel niet-typisch gemaakt kunnen worden. De dreiging van het 'onvertrouwde' in de situatie blijft bestaan óf het wordt interpretatief en motivationeel vertrouwd gemaakt door bijv. bijgeloof, kwakzalverij e.d.

In de analyse van de interacties tussen patiënten en personeel zal op het bovenstaande worden teruggekomen en zal het een belangrijke rol blijken te spelen in die analyse.

3.6.6. De wij-relatie en de ik-gij-relatie

Bovenstaande beschrijving van de typificaties, typen en typisch gedrag zou suggereren dat Schutz de interacties tussen mensen alléén maar ziet in typen. Dit is niet het geval. Zoals hierboven reeds werd opgemerkt nemen wij automatisch aan dat andere mensen op dezelfde wijze bestaan en de dingen beleven zoals wijzelf. Schutz drukt het nog anders uit: de alledaagse leefwereld wordt niet primair beleefd als mijn privé-wereld. Oók niet van die ander en mij te zamen gevoegd doch in de eerste plaats als een wereld van onze gezamenlijke ervaring: 'The life world is not my private world, nor our private world but rather the world of our common experience'.³⁰

In zijn beschrijving van deze intersubjectieve leefwereld gaat Schutz uit van twee soorten relaties nl. de onmiddellijke, directe, face-to-face-relatie (de wij-relatie) en de middellijke, indirecte relatie (de ik-gij-relatie). In de face-to-face-relatie is de ander voor mij aanwezig met een maximum aan symptomen. Hierdoor is de medemens in zekere zin 'dichterbij' dan ik zelf, sterker nog, ik spiegel mezelf door hem: het is zelfs een constitutief element in de wij-relatie 'The mirroring of self in the experience of the stranger (more exactly, in my grasp of the "Other's" experience of me) is a constitutive element in the we-relation'.³¹

Het is belangrijk hierbij op te merken dat de ervaring met de ander reciprook is: ik ervaar mijzelf niet alleen door de ander, doch de ander ervaart zich eveneens door mij. Op dit belangrijke facet komen wij zo dadelijk terug.

Hoewel de ander in de onmiddellijke, face-to-face-relatie, als het ware prereflexief aanwezig is, kan en zal ik tevens 'uit' de gezamenlijke beleving stappen en zal ik gaan reflecteren en proberen die ander te transformeren in een typische medebewoner. Dit transformeren naar iets 'typisch' (een typische Engelsman, een typische verkoper, mijn vrouw is typisch charmant) is zelfs noodzakelijk om met de medemens om te kunnen gaan.

In de tweede relatie die Schutz beschrijft, de ik-gij-relatie wordt dit typificeren een steeds belangrijker element. Er zijn zelfs medebewoners op deze wereld die ik alleen maar als 'types' ken en nog nooit ontmoet heb. Hoewel er in het typificeren van de ander als een 'type', een steeds grotere mate van anonimiteit optreedt, kan ik die andere (de loketbeambte op het postkantoor, de verpleegster in het ziekenhuis) tóch begrijpen omdat de typificatie op zich een bepaalde betekeniscontext aangeeft t.a.v. het gedrag dat ik in die ik-gij-relatie moet hanteren en evenééns wat ik van die betekeniswereld kan ver-

wachten. (vgl. het geïnstitutionaliseerd gedrag waarover hierboven sprake was en de relevantiestructuren in de sociale werkelijkheid).

Schutz onderscheid dus twee relatiemogelijkheden met de ander. Het grote verschil tussen de ik-jij- en de ik-gij-relatie is hierin gelegen dat de ik-jij-relatie gelegenheid biedt tot een 'gezamenlijke ervaring' waarin de bevestiging van de intersubjectiviteit plaatsvindt en dat dit in de ik-gij-relatie niet of in veel mindere mate het geval is. Over dit belangrijke onderscheid zegt Schutz het volgende: 'A breaking off (van de gezamenlijke wij-ervaring) or even just a radical restriction of the continual confirmation of this character of the world has grave consequences for the normal development of its intersubjectivity'.³²

Ter illustratie van wat Schutz bedoeld met typificaties en de daarmee gepaard gaande toenemende anonimiteit geven wij het volgende overzicht³³: Wereld van tijdgenoten:

1. Medemensen in eerdere wij-relatie (wij-relatie herstelbaar).
2. Medemensen in eerdere wij-relatie (wij-relatie niet herstelbaar — overleden).
3. Vrienden van mijn huidige partner (bereikbare medemensen).
4. Tijdgenoten waar ik het persoonlijk bestaan van weet en die ik binnenkort zal ontmoeten.
5. Tijdgenoten waarvan ik het bestaan ken d.m.v. mijn kennis van de sociale wereld, mensen met typische functies (postbeambte, verpleegster).
6. Institutionele realiteiten (het Engelse parlement, het economisch-kapitalistische systeem).

3.7. NADERE TOELICHTING VAN DE THEORIE OP HET ONDERZOEK

Voor de onderhavige studie zijn nu de volgende theoretische aspecten van belang:

De globale probleemstelling van dit onderzoek die in het vorige hoofdstuk als volgt werd geformuleerd: 'Welke zijn de redenen waarom het verpleeghuis als institutie niet tegemoet komt aan de problemen waarvoor de patiënt in het verpleeghuis wordt gesteld', zal na bovenstaande theoretische beschouwingen als volgt worden onderzocht:

3.7.1.

In de proefopzet zal worden uitgegaan van het institutiebegrip van G. H. Mead: 'Het geheel van attitudes van anderen dat wij allen in ons

dragen en die ons gedrag controleren en er richting aan geven'. Hieruit trekken wij de conclusie dat de patiënt t.a.v. de institutie bepaalde verwachtingen koestert omdat het hem aangeeft hoe te handelen in een bepaalde situatie, of anders gezegd, omdat het hem een bepaalde trefzekerheid in zijn handelen aan reikt.³⁴ Dit geldt eveneens voor het personeel dat in het institutionele leven (in Meadiaanse zin) een zeker gedragspatroon weet te vinden.

In de analyse van de proefopzet zullen derhalve t.a.v. het verpleeghuis als institutie, de *verwachtingen* en het *gedragspatroon* van patiënten en personeel een belangrijke rol spelen.

In de analyse van de identiteit van de patiënt is er onderscheid gemaakt tussen *het sociaal gestructureerd zijn* van het menselijk individu én het *organisme*. Deze onderscheiding is ontleend aan Berger & Luckmann³⁵ die stellen dat het individu bepaald wordt door twee polen: het organisme of het biologisch substratum en het 'sociaal gestructureerd' zijn. Men zou met de schrijvers in dit verband kunnen spreken over een 'lager' en een 'hoger' ik.

De probleemstelling die ervan uitgaat dat het verpleeghuis als institutie niet tegemoet komt aan de problemen van de verpleeghuispatiënt, zal nu nader worden onderzocht door middel van de analyse van de interacties tussen patiënten en personeel. Hierbij gaat de interesse uit naar de wijze waarop familie (zingevingsbied - thuis) en personeel (zingevingsbied of institutie - verpleeghuis) de patiënt in zijn strijd tussen een hoger en een lager 'ik' behulpzaam zijn. Uit de beschrijving van deze interacties zal het mogelijk zijn vanuit de probleemstelling een veronderstelling te formuleren.

3.7.2.

In de definitieve opzet van het onderzoek zal deze veronderstelling nader worden onderzocht. Daarbij zal het denken van Alfred Schutz een belangrijke rol spelen. Met name zullen in de definitieve opzet twee aspecten van de interacties naar voren worden gebracht:

1. Op welke wijze wordt het 'a-typische' of het onvertrouwde in de situatie van de patiënt, typisch of vertrouwd gemaakt, zowel door de patiënt als door het personeel.
2. Welke zijn de relevantiestructuren van de zingevingswereld van de patiënt en die van het personeel.

Het onderzoek van beide vragen zal de veronderstelling meer evident moeten maken.

Alvorens over te gaan tot het eigenlijke onderzoek is het noodzakelijk de methode en de procedure van het onderzoek aan te geven. In het licht van de theoretische overweging dat het onderzoeksveld zo

'onbevangen mogelijk' tegemoet moet worden getreden, is voor de methode van onderzoek, de participerende observatie gekozen. In het hiernavolgende hoofdstuk zal dit onderwerp uitgebreid worden toegelicht.

4. Methode en procedure van het onderzoek

De participerende observatie

4.1. INLEIDING

Om een antwoord te krijgen op de in het vorige hoofdstuk geformuleerde probleemstelling, is het noodzakelijk inzicht te krijgen in *a.* de aard van de typificaties en de veranderingen waaraan de typificaties in de loop van de tijd onderhevig zijn en *b.* de invloed van deze typificaties op het identiteitsbesef van de patiënten in de loop van de tijd.

Daar het ons te doen is om de symbolisch interactionistische aspecten van de probleemstelling, is als onderzoeksmethode de *participerende observatie* gekozen. Achtereenvolgens zullen de volgende onderdelen van methode en procedure in dit hoofdstuk aan de orde komen:

4.2. Aspecten van de methode van de participerende observatie.

4.3. Het onderzoeksveld.

4.4. De deelnemers aan het onderzoek.

4.5. De procedure van het onderzoek.

4.6. De feitelijke gang van zaken van het onderzoek.

4.2. ASPECTEN VAN DE PARTICIPERENDE OBSERVATIE

In de beschrijving van de methode beroepen we ons op Norman K. Denzin.¹ Hij wijst er op dat de participerende observatie één van de weinige mogelijkheden biedt die de socioloog ten dienste staan om een analyse te maken van complexe vormen van symbolische interactie. Met name is dit het geval wanneer het gaat om de interpretatie in interacties die aan verandering onderhevig zijn. In het project dat hier behandeld wordt is er juist sprake van veranderingen in interacties: de oudere zieke mens moet zijn eigen milieu verlaten en een nieuw interactiepatroon opbouwen met personeelsleden van een verpleeghuis en met medepatiënten.

Maar ook personeelsleden moeten voortdurend nieuwe relaties opbouwen met binnengekomen patiënten. In het hiernavolgende worden enkele kenmerken van de participerende observatie, zoals Denzin die beschrijft, naar voren gehaald daar zij uitstekend van toepassing zijn op het onderhavige onderzoeksproject. Denzin wijst op vier aspecten:

- 4.2.1. Het perspectief van het leven van de onderzochte personen.
- 4.2.2. Het uitstippelen van de rol van de onderzoeker.
- 4.2.3. Het belang van het kwalitatieve aspect.
- 4.2.4. Het ongestructureerde van het onderzoek.

4.2.1. Het perspectief

De participerende observatie is een methode die de onderzoeker in staat moet stellen de sociale wereld wetenschappelijk te begrijpen door zich in het perspectief van het leven van hen die bestudeerd worden, te verplaatsen. De onderzoeker zal daartoe enerzijds trachten om van zo nabij mogelijk het leven van de bestudeerden mee te leven, met name zal hij via directe participatie de symbolische wereld van de respondenten willen leren kennen, zoals taalgebruik, eetgewoonten, etiquettering e.d., anderzijds zal hij voortdurend op zijn hoede moeten zijn onderzoeker te blijven! Hiertoe is het noodzakelijk dat hij regelmatig notities maakt van eigen reacties.

4.2.2. Het uitstippelen van eigen rol

Van belang in het mééleven in een groep is het uitstippelen van eigen rol. Ten aanzien van de 'onderzochten' zal de onderzoeker daarom zijn rol duidelijk moeten uitstippelen en er voor zorgdragen dat hij als zodanig ook wordt geaccepteerd door de groep respondenten. De rol van de onderzoeker in dit project zal in een apart onderdeel van dit hoofdstuk worden toegelicht.

4.2.3. Het kwalitatieve aspect

Het kwalitatieve aspect van de participerende observatie betekent dat de feiten en gebeurtenissen die in het onderzoek worden beschreven niet primair gerelateerd worden aan frequentie of aan kwantitatieve normen, doch aan symbolen en betekenissen die áchter die gebeurtenissen liggen en die het gedrag verhelderen. Het is juist de betekenis die de onderzochte aan een bepaalde gebeurtenis ontleent, die het de onderzoeker mogelijk maakt het perspectief van het leven van de respondenten te begrijpen.

Om hiervan een concreet voorbeeld te noemen: de onderzoeker is niet zozeer geïnteresseerd in de frequentie van het aantal oefen-therapeutische handelingen van een patiënt doch veel meer in datgene wat die handelingen voor hem betekenen.

4.2.4. Het 'ongestructureerde' van het onderzoek

De participerende observatie is primair ongestructureerd, het laat een grote mate van vrijheid toe. Dit ongestructureerde van het onderzoek heeft het grote voordeel dat de betekenis die de respondenten aan de situatie geven een zo groot mogelijke kans krijgt deze te uiten. In feite is er sprake van een constante beweging tussen de vraag die geopperd is ten aanzien van de sociale werkelijkheid en de empirische observaties.

Bevindingen die niet in overeenstemming zijn met de veronderstelling of de verwachting, dwingen de onderzoeker opnieuw te gaan zoeken en te gaan herdefiniëren. Herbert Blumer zegt in dit verband: De werkelijkheid praat steeds terug: 'The empirical world can "talk back" to our pictures of it or assertions about it — talk back in the sense of challenging and resisting, or not bending to, our images or conceptions of it'.² De noodzaak om steeds opnieuw te gaan zoeken en te gaan herdefiniëren ligt in het inductieve karakter van het symbolisch interactionisme.³

Het 'ongestructureerde' van het onderzoek kwam met name tot uitdrukking in de wijze waarop de gesprekken met de patiënten en personeel werden gevoerd. Deze gesprekken of interviews kwamen niet tot stand aan de hand van vragenlijsten doch tijdens een spontaan gesprek.

In gesprekken die de onderzoeker reeds vóór dit onderzoek had, was echter gebleken dat er enkele onderwerpen waren die bijzonder de aandacht verdienden. Steeds weer terugkerende onderwerpen bleken voor de patiënten te zijn gelegen in het ziek zijn, in de omstandigheid dat men in het verpleeghuis verkeerde en in het feit dat men 'eigen huis' had moeten verlaten.

Uit dit vooronderzoek heeft de onderzoeker de conclusie getrokken dat patiënten, familieleden van patiënten en personeelsleden op de een of andere wijze sterk betrokken waren bij het ziek zijn, bij het verpleeghuis zélf en bij datgene wat de patiënt thuis had achtergelaten (het zgn. waardevolle). In het onderzoek zelf, en met name in de gesprekken, bleek deze vóóronderstelling juist te zijn.

Uiteraard waren er duidelijke verschillen in de wijze waarop patiënten, familieleden en personeel op deze drie aspecten van het leven reageerden *doch het doel van het gehele onderzoek was juist gelegen in het analyseren van de verschillen in typificaties door deze drie groepen.*

Een belangrijke factor bij de interviews was gelegen *in de tijd*. Onze nieuwsgierigheid ging niet uit naar een momentopname, doch naar de wijze waarop bovengenoemde 3 groepen van mensen in de loop van de tijd met elkaar interacteerden t.a.v. het verpleeghuis, het ziek zijn en

het waardevolle thuis. Belangrijke ogenblikken in het kader van dit onderzoek waren de momenten van *verwachting* vóór de opname en de momenten ná de opname, met de vraag of de verwachtingen die er ten aanzien van de institutie waren uitgesproken, wel of niet met elkaar in overeenstemming waren.

4.3. HET ONDERZOEKSVELD – HET VERPLEEGHUIS 'HAVEZATE' IN HET WESTEN DES LANDS

Alvorens de procedure van het onderzoek te beschrijven, is het, voor een beter inzicht in het onderzoek, noodzakelijk enkele opvallende kenmerken van het onderzoeksveld naar voren te halen.

4.3.1. *De bouw en indeling van het huis*

Het tehuis dat woongelegenheid biedt aan tweehonderd patiënten is fraai gelegen aan een verkeersweg met daarnaast een park. Het is strak, rechthoekig gebouwd met vier etages waarbij de benedenste etage de functionele (therapeutische) en recreatieve ruimten bevat en de bovenste drie etages de bedden (het beddenhuis). Het centrale punt in de benedenste etage is de hal waar men binnenkomt en vanwaar men gemakkelijk de grote recreatiezaal en andere ruimten kan bereiken. In de architectuur van deze benedenverdieping is veel rekening gehouden met ruimte en licht. Het beddenhuis is verdeeld in zes afdelingen. Op iedere etage zijn twee afdelingen die bestaan uit één rechte gang met daaraan de patiëntenkamers, een zusterpost die uitkijkt over de gang, een eetzaaltje en enkele isoleerkamertjes.

De twee afdelingen op één etage zijn met elkaar verbonden door één kleine recreatieruimte die bedoeld is voor alle zeventig patiënten van de twee afdelingen. Er zijn verder geen ruimten waar men zich kan terugtrekken. Alle ruimten zijn voor gezamenlijk gebruik.

De patiëntenkamers bevatten zes bedden met daarnaast een nachtkastje. Er is één hangkast voor ieder van de zes patiënten, één wastafel en op de gang zijn er drie toiletten voor het gezamenlijk gebruik van de vierendertig patiënten.

4.3.2. *Dagindeling en leefgewoonten patiënten*

Een nieuw gekomen patiënt wordt op die kamer 'gelegd' waar toevallig een bed is vrijgekomen. Men heeft zelf geen keus met wíé of wáár men wil liggen. De dag begint om zeven uur met ontbijt, daarna wordt iedereen verpleegd en geholpen met wassen, kleden. Er wordt steeds

naar gestreefd alle patiënten (behalve de zeer ernstige zieke of stervende) om tien uur uit bed te laten zijn. Van de tweehonderd patiënten in het huis, maken er honderdvijftig gebruik van een rolstoel waarmee men op gemakkelijke wijze de kamer zelfstandig kan verlaten. (De rolstoel is een van de opvallende kenmerken van het huis).⁴

Vrijwel alle patiënten, bijna tachtig procent, gaan na tien uur deelnemen aan een of andere vorm van therapie: fysiotherapie, bezigheids-therapie, ergotherapie, logopedie e.d.

Om twaalf uur wordt het middageten opgediend: een deel van de patiënten maakt gebruik van het eetzaaltje, anderen blijven op de eigen kamer. Voor een deel wordt dit door hen zelf beslist, voor een deel beslist het personeel hierover.

De middagen worden besteed aan het ontvangen van bezoek of opnieuw aan een of andere vorm van therapie. Na de broodmaaltijd van vijf uur is er tot zeven uur een moment van stilte in het huis: de therapieën zijn gestaakt. Van zeven tot acht uur ontvangt men opnieuw bezoek waarna de meeste patiënten (zeventig procent) naar bed gaan en een klein gedeelte naar de t.v. kijkt.

Eénmaal in de twee weken wordt een ontspanningsavond voor de patiënten georganiseerd met toneel, muziek of cabaret. Deze wordt door vrij veel patiënten bezocht. Echter de helft van de patiënten blijft in bed omdat men te moe is of om welke andere reden dan ook.

Hoogtepunten in het jaarlijkse recreatieprogramma zijn het carnaval waarbij ook de patiënten in rolstoel zich verkleeden en vermommen, de patiënten-vakantie ergens in Nederland, het Sint Nicolaasfeest, Kerst- en Nieuwjaarsfeest. In het algemeen wordt aangenomen dat zoveel mogelijk mensen hieraan mee willen doen.

De indeling van de afdeling en de kamers laat geen enkele vorm van privacy toe. Men heeft niet de beschikking over een eigen opbergruimte en er is in het gehele huis geen plaats waar men tot zichzelf kan komen of op meer intieme wijze met een ander kan zijn.

4.3.3. Personeelsactiviteiten en -gedrag

Het verplegend en het paramedisch personeel loopt op de afdelingen rond in witte jassen. Tussen half acht en half elf is het verplegend personeel zéér intensief bezig met de patiënt. Om half elf is er een koffiepauze. Na de pauze vinden er allerlei activiteiten plaats: de afdelingshoofden of subhoofden hebben eenmaal per week teamvergaderingen met het paramedisch en medisch personeel, verder zijn er dagelijks overlegvergaderingen tussen de afdelingshoofden en tenslotte zijn er veel administratieve zaken te regelen.

De leerlingen en andere niet-leidende personeelsleden maken de

bedden op en de kamers schoon. Om twaalf uur precies moet de maaltijd beginnen omdat de diensttijd van het personeel dat om zeven uur is begonnen, om half één afloopt. Patiënten weten dit vrij snel en zorgen ervoor reeds om kwart voor twaalf aan tafel te zitten. Zij wachten rustig een kwartier tot de maaltijd wordt opgediend.

De middagen verlopen voor het personeel vrij rustig tot het moment dat verschillende patiënten naar bed willen. In de middagen wordt er soms een spelletje gedaan of wordt er een praatje gemaakt met de patiënten. Het accent in de interacties tussen personeel en patiënt ligt echter op het verzorgen, het verplegen, het oefenen, medicijnen toedienen, het helpen bij het eten e.d. Indien men niet tot de 'staf' van de afdeling behoort wordt men niet of nauwelijks bij de organisatie van het huis betrokken. Teamvergaderingen worden gehouden óver de patiënten en niet over het eigen functioneren. Problemen die opduiken bij het werk worden meestal doorgesproken met een instructiezuster of met een afdelingshoofd. Dit hangt af van de mate waarin men elkaar 'ligt'.

Het huis heeft drie artsen, vijftientig personeelsleden in de paramedische sector, honderdtwintig leerling-ziekenverzorgenden, ziekenverzorgenden en verpleegkundigen, en vijfendertig personeelsleden in de ondersteunende diensten, zoals keuken, linnenkamer, technische dienst e.d.

4.4. DE DEELNEMERS AAN HET ONDERZOEK

Patiënten, personeelsleden en ook familieleden van patiënten zijn bij het onderzoek betrokken. Hoewel het ogenschijnlijk mag lijken dat het in een gezondheidsinstelling alléén om de patiënt gaat, blijkt uit ervaring dat náást de personeelsleden, de familieleden die thuis zijn gebleven een dermate grote rol in het leven van de patiënt blijven spelen dat ze niet buiten het onderzoeksveld mogen blijven. Het is om praktische en technische redenen niet mogelijk geweest om het leven van tweehonderd patiënten met personeel en familieleden te observeren. Er moest een keuze worden gemaakt, zowel ten aanzien van het aantal patiënten als personeelsleden en familieleden.

Wat betreft de patiënten is gekozen voor achttien vrouwelijke patiënten en twaalf mannelijke patiënten (deze verhouding tussen vrouwen en mannen is een weerspiegeling van het patiëntenbestand van het huis).

Gezien de complexe situatie die een opname en een verblijf in een verpleeghuis met zich meebrengt moest gezocht worden naar een te overzien aantal proefpersonen. Verder moest getracht worden het

aantal storende factoren tot een minimum te beperken. Wij hebben gemeend dat dit het best gerealiseerd zou kunnen worden wanneer er gekozen werd voor één kamer op een afdeling waar zes nieuwe patiënten werden opgenomen. Storende factoren in de zin van beïnvloeding door reeds langer aanwezige patiënten, zou daardoor beperkt blijven. Bovendien was het met zes nieuwe patiënten op één kamer mogelijk te evalueren hoe zij mét elkaar in de loop van de tijd op hún wijze zich zouden ontwikkelen.

Een belangrijke overweging is óók geweest om op íéder van de zes afdelingen van het huis een kamer te kiezen: op deze wijze is getracht een weerspiegeling van het hele huis te krijgen.⁵ Tenslotte is gekozen voor de patiënten in de oudere leeftijdsgroep (boven vijfenzestig jaar) omdat deze het meest in de verpleeghuizen vertegenwoordigd zijn.

De keuze van de personeelsleden is vooral gericht geweest op die personeelsleden die het meest met de patiënten omgaan. Wij wilden zoveel mogelijk interacties en betekenis van interacties tussen patiënten en personeel ontdekken. Enerzijds spelen daarbij de leerling-ziekenverzorgenden en ook andere verpleegkundigen een grote rol omdat zij het meest frequent en intiem met de patiënt omgaan, anderzijds zijn ook de medicus en het therapeutisch personeel voor de patiënt van belang. In dit onderzoek is gekozen voor twee zusters die op de kamer werken, voor het afdelingshoofd en het subhoofd die bepalend zijn voor de taakopvatting en werksfeer op de afdeling en daarnaast voor de arts, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de instructiezuster.

De keuze van familieleden is gevallen op één familielid per respondent en wel juist dié persoon die op dat moment het meest voor de patiënt betekende. In het eerste gesprek met de patiënt bleek vaak reeds wíé de 'betekenisvolle andere' was: echtgenoot of echtgenote, kind, soms broer of zuster. In totaal hebben dertig patiënten, dertig familieleden en vierendertig personeelsleden aan het onderzoek meegedaan.

4.5. DE PROCEDURE

Inhoudelijk bestaat het veldwerk van de participerende observatie uit verschillende mogelijkheden van onderzoek. Zo maakt het gebruik van documentenanalyse, interviews, observaties, directe participatie, introspectie en de rol van de onderzoeker. De vraagstelling maakte een longitudinale benaderingswijze noodzakelijk d.w.z. dat het onderzoek zich in de loop van de tijd heeft afgespeeld. In concreto heeft dit betekend dat het observeren en het participeren met de groepen

patiënten en personeelsleden in het verpleeghuis gedurende drie maanden heeft plaatsgevonden en dat de interviews op drie verschillende momenten zijn gehouden, te weten: vlak vóór de opname van de patiënt, een week ná de opname van de patiënt en drie maanden na de opname.

Alvorens wij dieper ingaan op de verschillende mogelijkheden van het onderzoek, moet nog gewezen worden op de moeilijkheden die gepaard gaan met een onderzoek als dit in de loop van de tijd. Deze zijn vooral gelegen in de niet te voorspellen gebeurtenissen die het onderzoek doorkruisen, zoals plotselinge dood, plotseling slechter worden van de toestand of omgekeerd een onverwacht snelle verbetering van de toestand waardoor vertrek naar huis vóór afloop van de geplande drie maanden mogelijk was. Ook personeelsleden bleken niet allen constant aanwezig te zijn. Sommigen hadden in de loop van de drie maanden ontslag genomen of waren met vakantie.

In het kort zullen nu de verschillende bronnen van data van de materiaalverzameling worden aangegeven:

4.5.1. Documenten

De documenten bestonden in de eerste plaats uit de medische rapporten betreffende de patiënten en in de tweede plaats uit de sociale gegevens. Door middel van de medische diagnostiek was het mogelijk reeds vóór de opname van de patiënt een bepaalde prognose te maken van het verloop van de ziekte. Dit was een belangrijk 'objectief' gegeven. Aan de hand van dit objectieve gegeven kon worden nagegaan hoe patiënten, familie en personeel op hún eigen wijze de ziekte typificeerden.

De door het maatschappelijk werk verzamelde gegevens waren evenzeer van belang: o.m. wegens vragen betreffende het sociaal milieu waartoe de patiënt behoorde, het wel of niet (meer) gehuwd zijn, de aard van het werk dat hij of zij had beoefend, de religieuze oriëntatie en de liefhebberijen. Deze gegevens zijn vooral van belang om een indruk te krijgen hoe patiënten, familie en personeelsleden op die sociale context reageren en welke betekenis die voor hen heeft.

4.5.2. Observatie

Observaties zijn door de onderzoeker gedaan op de afdelingen waar de patiënten woonden, op de oefentherapiezaal, in de recreatiezaal, kortom in al die vertrekken waar patiënten, personeel en familie aanwezig kunnen zijn. Van belang hierbij zijn de activiteiten die er in deze ruimten worden ontplooid: wat doet de patiënt de hele dag, oefent hij

wel of niet, zit hij het raam uit te staren, komt er wel of geen bezoek, wat doet het personeel, op welke wijze zijn de zusters met de patiënten bezig, is er gezamenlijk koffiedrinken of apart, hoe verlopen de maaltijden?

4.5.3. Participatie

Gedurende de onderzoeksperiode is getracht d.m.v. observaties, informele gesprekken en interviews een inzicht te krijgen in de betekenis die patiënten, personeel en familie aan activiteiten of gebeurtenissen die er plaats vonden, hechtten.

Bijv. hoe waardeert de patiënt de maaltijd, is dit een hoogtepunt van de dag en waarom? Wat betekent een zgn. terminale patiënt voor een personeelslid? Welke betekenis hechten familieleden aan het leven van de patiënt in het verpleeghuis? Waarom op die manier? Wat betekent bijv. een uitdrukking van een personeelslid over een patiënt: 'die stakker die daar steeds in de hoek zit', is dit medelijden of stigmatisering?

4.5.4. De interviews

Een belangrijke informatie bron gedurende het gehele onderzoek is gelegen in de interviews die met patiënten, familieleden en personeel zijn gehouden. In feite zijn in de hiernavolgende beschrijving van het onderzoek alléén de gesprekken met de respondenten terug te vinden. Dit betekent echter niet dat de observatie, de participatie en de introspectie geen rol in het onderzoek hebben gespeeld. Juist door middel van déze bronnen van data was het de onderzoeker mogelijk dié interpretatie van de gegevens (in de gesprekken verkregen) te geven die het meest overeenstemde met het gedrag van de respondenten in het verpleeghuis. Over de methodologische achtergronden van de interviews is reeds gesproken. Zoals reeds werd opgemerkt was het voor de onderhavige studie van belang, gesprekken met de respondenten te hebben op verschillende tijdstippen. Deze zijn zó gekozen dat het moment vóór de opname (verwachting) en een week ná de opname (hoe is overgang naar het verpleeghuis in eerste instantie 'verwerkt') van belang waren. Het moment van het gesprek dat na drie maanden plaatsvond, dus ná een verblijfsduur van drie maanden in een verpleeghuis, is vooral om praktische redenen gekozen. Dat wil zeggen dat de onderzoeker liever een periode van een half jaar had gekozen omdat men er van uit mag gaan dat een langere periode een beter beeld geeft van de invloed van het verpleeghuis dan drie maanden. Uit ervaring was echter gebleken dat in een tijdsbestek van een half jaar in

het onderhavige verpleeghuis véél patiënten óf vertrekken óf sterven.

Schematisch kunnen de interviews op de volgende wijze worden weergegeven:

a. Naar tijdstmomenten en deelnemers

Vóór opname	— gesprek met patiënt thuis of in ziekenhuis
	— gesprek met familielid thuis
Een week ná opname	— gesprek met de patiënt
	— gesprekken met zes personeelsleden
Drie maanden ná opname	— gesprek met patiënt
	— gesprek met familielid
	— gesprekken met dezelfde personeelsleden

b. Naar inhoud

1. Het ziek zijn van de patiënt:
 - a. Hoe typificeert de patiënt dit?
 - b. Hoe typificeert het familielid dit?
 - c. Hoe typificeert het personeelslid dit?
 2. Het verpleeghuis:
 - a. Hoe typificeert de patiënt dit?
 - b. Hoe typificeert het familielid dit?
 - c. Hoe typificeert het personeelslid dit?
 3. Het waardevolle in het leven van de patiënt:
 - a. Hoe typificeert de patiënt dit?
 - b. Hoe typificeert het familielid dit?
 - c. Hoe typificeert het personeelslid dit?
- c. Aantal mogelijke typificaties in de interviews van patiënt, familie en personeel over zichzelf en over anderen*

In de drie interviews die in de loop van de drie maanden zijn gehouden was het mogelijk dat er typificaties gevonden konden worden in de volgende interacties:

1. 3 x van de patiënt zelf over zichzelf;
2. 3 x van de patiënt over de familie;
3. 2 x van de familie over de patiënt;
4. 2 x van de patiënt over vijf medepatiënten;
5. 2 x van vijf medepatiënten over een patiënt;

over van	patiënt	familieelid of betekenis- volle andere	vijf mede- patiënten	zes personeels- leden
patiënt	X X X	X X X	X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X
familieelid of beteke- nisvolle andere	X X			
vijf mede- patiënten	X X X X X X X X X X			
zes perso- neelsleden	X X X X X X X X X X X X			

6. 2 x van de patiënt over zes personeelsleden;

7. 2 x van zes personeelsleden over een patiënt.

Dit betekent 52 interactiesituaties tussen één patiënt en 'de anderen'. Behalve typificaties in deze interacties was ook de afwezigheid van typificaties van interactiesituaties tussen patiënt en anderen van belang. De aan- en afwezigheid van typificaties te zamen geven een beeld van de betekeniswereld van patiënt en anderen.

Zoals reeds is opgemerkt gaat bij deze typificaties de interesse uit naar de volgende vragen:

- In hoeverre is er een op elkaar afgestemd zijn in typificaties bij patiënt, familie en personeel? Zo niet, waarom niet?
- Hoe zijn deze typificaties in de loop van de tijd veranderd?

d. De eis van de introspectie

Introspectie kan worden bereikt wanneer de onderzoeker de rol van de patiënt c.q. familie of personeelslid kan innemen (taking the role of the other — G. H. Mead) en er dan naar gaat kijken.

De onderzoeker heeft in de onderhavige studie getracht dit te bereiken door alle gesprekken op de band op te nemen en er daarna naar te luisteren. Op deze manier was het mogelijk niet alleen de wijze van vragen stellen kritisch te onderzoeken, bovendien schonk het de gelegenheid de reacties van de respondenten beter naar waarde te schatten. Bij twijfel over de interpretatie van de gesprekken op de band, werd het gesprek beluisterd door een derde, in dit geval door een nauw bij het verpleeghuis betrokken maatschappelijk werkster.

Tenslotte moet vermeld worden dat de onderzoeker door jarenlange ervaring in het werk in het verpleeghuis vertrouwd is geraakt met het verpleeghuis-gebeuren. Hoewel dit op z'ich niets behoeft te betekenen, kán het, met inachtneming van bovenstaande eisen van introspectie, een voordeel zijn. Hierover zal in het nu volgende meer gezegd worden.

e. Het uitstippelen van eigen rol

De onderzoeker maakte zich bekend als een dokter die reeds lang in een verpleeghuis werkzaam was en die bekend was met de problemen die zich voordoen wanneer iemand ziek is en in een verpleeghuis moet worden opgenomen. Iedere patiënt die in het kader van dit onderzoek zou worden opgenomen en een dag van te voren door de onderzoeker thuis of in het ziekenhuis zou worden bezocht, kreeg van te voren, per post, de volgende brief toegestuurd:

Geachte Mevrouw/Mijneer,

In verband met het feit dat u 21 april a.s. opgenomen zult worden in het verpleeghuis 'Havezate', zou ik het op prijs stellen hierover met u een gesprek te hebben. Aangezien ik weet dat opname in een verpleeghuis bepaalde problemen met zich meebrengt en ik daarover een onderzoek wil instellen, vraag ik u met mij hierover van gedachten te wisselen. Ik hoop u 20 april des voormiddags 11 uur te bezoeken.

Met vriendelijke groet,

Hoogachtend,

....., arts

Op deze manier was de patiënt op de hoogte van de komst van de onderzoeker en van het dóél van de komst.

Bij alle gesprekken die bij deze eerste ontmoeting werden gevoerd, bleek een grote bereidheid om over de problemen te spreken. Deze bereidheid bleef bestaan gedurende de maanden dat de patiënten in het verpleeghuis bleven. Ook tegen de bandrecorder, waarmee het gesprek werd opgenomen en waarop van te voren was gewezen, werd door niemand bezwaar gemaakt. Bij de familieleden van deze patiënten was dezelfde openheid voor een gesprek aanwezig.

De rol van de onderzoeker ten aanzien van het personeel was moeilijker uit te stippelen. Hier is sprake van een belangrijk methodologisch probleem. Het is niet gemakkelijk hierop een antwoord te geven. Uiteraard lag het probleem van de 'social desirability' van het perso-

neel in relatie tot de geneesheer-directeur, hier op de loer. De overwegingen t.a.v. dit probleem zijn de volgende geweest. Het ware misschien mogelijk geweest een 'neutraal' ondervrager de gesprekken met de personeelsleden te laten voeren. Een dergelijke 'ondervrager' zou echter zeker een jaar, bijv. als verpleegbroeder, in het verpleeghuis hebben moeten werken om de nuanceringen van de opmerkingen van het personeel en de juiste interpretatie van de opmerkingen te kunnen hanteren. Een onbekend socioloog zou óók gezien en beleefd kunnen worden als een handlanger van de geneesheer-directeur. Tenslotte is toch gekozen voor de geneesheer-directeur als 'ondervrager'. Deze keuze is gemaakt omdat bekend was ten tijde van het onderzoek, dat het personeel dat aan het onderzoek meedeed, achter de visie op het beleid van de geneesheer-directeur stond. Deze wetenschap was op objectieve wijze verkregen door een organisatiedeskundige die in het onderhavige verpleeghuis een onderzoek had ingesteld naar de organisatie van de instelling.

4.6. DE FEITELIJKE GANG VAN ZAKEN VAN HET ONDERZOEK

Het gehele veldonderzoek heeft ongeveer twee jaar in beslag genomen. Om vijf zalen met zes patiënten gedurende drie maanden te volgen was het noodzakelijk deze zalen apart te nemen. Op deze manier waren er reeds vijftien maanden nodig voor het onderzoek met daartussen perioden van bezinning over de gang van zaken.

Het onderzoek is begonnen met een proefopzet, een zaal met zes mannelijke patiënten. De resultaten van het onderzoek van deze mannenzaal bleken enigszins verrassend: In de typificaties over het ziek zijn, het verpleeghuis en het waardevolle bleken patiënten en personeelsleden zó zeer te verschillen dat er nauwelijks sprake was van enig zinvol communiceren tussen deze twee groepen van mensen. Opvallend was bovendien dat de typificaties tussen patiënten en familieleden in de loop van de tijd gingen veranderen in die zin dat relaties verstoord dreigden te geraken. Gelet op deze resultaten werd besloten de proefopzet te herhalen met een zaal met zes vrouwelijke patiënten. Het onderzoek van deze zaal leverde in grote lijnen hetzelfde resultaat op.

Op beide zalen bleken 2 aspecten op de voorgrond te treden:

- a. de grote dreiging die er uitging van pijn, benauwdheid, invaliditeit op het lichamelijk beleven.
- b. de grote verschillen in typificaties over de ziekte, het verpleeghuis en het waardevolle tussen patiënten, familie en personeel.

De invloed van het lichamelijk beleven op het identiteitsbesef en de

zo zeer uiteenlopende typificaties waardoor zinvolle interacties tussen patiënten en personeel nauwelijks mogelijk waren deed ons besluiten een opzet te maken, waarbij een representatieve steekproef van de problematiek in het verpleeghuis te vinden zou zijn. Dat is de reden geweest van de definitieve opzet van drie zalen, waarvan twee vrouwen-zalen en één mannenzaal.

Tenslotte deed zich bij de opzet van het definitieve onderzoek de vraag voor wáárom de typificaties op zo'n verschillende wijze door de drie groepen mensen werden gegeven. Om hiervoor een sociologische verklaring te vinden is een beroep gedaan op de fenomenologische sociologie van Alfred Schutz. Getracht is d.m.v. de relevantie structuren die in het denken van Schutz een belangrijke rol spelen, een diepgaand antwoord te vinden op de wijze van typificeren.

5. De proefopzet: een mannenzaal en een vrouwenzaal

Patiënt en verpleeghuis – identiteit en institutie

5.1. INLEIDING

In de proefopzet van het onderzoek is getracht een analyse te maken van de interacties die er tussen patiënten, de familie thuis en de personeelsleden in het verpleeghuis hadden plaatsgevonden. In de typificaties die er gedurende de drie maanden door deze drie groepen mensen werden gegeven over het verpleeghuis, het ziek zijn en het 'waardevolle' waren wij in het bijzonder geïnteresseerd in dé typificaties die betrekking hadden op de wijze waarop het identiteitsbeleven van de patiënt én het institutionele leven in het verpleeghuis door patiënt, familie en personeel werden ervaren. In feite betrof het proefonderzoek, zoals in de theoretische overwegingen reeds werd aangegeven (zie blz. 44), twee hoofdthema's, te weten:

- A. Welke verwachtingen koesteren patiënten, familieleden en personeelsleden met betrekking tot de verzorging in een verpleeghuis.
- B. Op welke wijze weet de patiënt gedurende de periode dat hij in het verpleeghuis verblijft, zijn identiteit te bewaren.

De theoretische achtergronden van deze hoofdthema's zijn reeds besproken. Hier is het van belang aan te geven op welke wijze d.m.v. het onderzoek is getracht een beter inzicht in genoemde vraagstellingen te verkrijgen. Wat betreft A, het verwachtingspatroon, is de volgende onderscheiding gemaakt:

- 1. Het verwachtingspatroon van de patiënten vóór de opname.
- 2. Het verwachtingspatroon van de familie vóór de opname.
- 3. a. Het verwachtingspatroon van het personeel t.a.v. de patiënten die in het verpleeghuis verblijven.
b. De taakopvatting van het personeel op een afdeling.
- 4. De ervaringen van patiënten (en familie) na drie maanden verblijf in het verpleeghuis.

De achtergrond van deze onderscheiding was gelegen in de theoretische overweging dat instituties het leven van de mens ten dele 'voorspelbaar' maken (zie blz. 44). Wij waren nieuwsgierig naar de vraag of de verwachtingen die men vóór de opname t.a.v. het verpleeghuis koestert, na drie maanden ervaring uitkwamen. Het is juist om deze reden dat er een analyse is gemaakt van die ervaringen na drie maanden.

den én van de rol die het personeel daarin speelt.

T.a.v. de rol van het personeel ging de interesse eveneens uit naar de verwachting die het personeel van de patiënten in het verpleeghuis hebben én naar de gezamenlijke taakopvatting van het personeel. In het gezamenlijk optreden worden opvattingen en normen over hulpverlening tot uitdrukking gebracht die een inzicht kunnen geven in het functioneren van het verpleeghuis als institutie.

Wat betreft B., de identiteit van de verpleeghuispatiënt, is het onderscheid op de volgende wijze gemaakt (zie blz. 44).

1. In hoeverre is de patiënt betrokken bij zijn lichamelijk beleven.
2. In hoeverre is de patiënt in staat te interacteren met medepatiënten, familie en personeel en op welke wijze doet hij dat.

Bij deze onderscheiding is er van uitgegaan dat hóézeer het menselijk individu ook 'sociaal gestructureerd' mag zijn, het lichaam of het 'biologisch substratum' steeds van betekenis blijft.

De hiernavolgende citaten uit gesprekken met patiënten, familieleden en personeelsleden, zijn alle terug te vinden in het volledige verslag.

De keuze van deze citaten door de onderzoeker, is in de eerste plaats bepaald door het onderwerp dat besproken diende te worden, bijv. het verwachtingspatroon of het lichamelijk beleven.

In de tweede plaats werd de keuze bepaald door het 'totaal-beeld' dat de onderzoeker van patiënten, familie en personeel gedurende de drie maanden van observatie had verkregen: De manier van optreden van de patiënt gedurende de periode in het verpleeghuis, zijn gedrag tijdens het gesprek, de wijze waaróp hij of zij de dingen vertelde, het belang dat hij of zij kennelijk hechtte aan bepaalde zaken, al deze factoren zijn in de keuze van de citaten verwerkt. De onderzoeker pretendeert niet dat hij in alle, hier volgende citaten, de juiste, heeft weergegeven. Niettemin heeft hij getracht datgene wat de respondenten hem vertelden in verband te brengen met 'achterliggende' factoren (emoties, gedrag) om op deze wijze een zo adequaat mogelijke weergave te vinden van wat patiënten, familieleden en personeelsleden tot uitdrukking wilden brengen.

In feite presenteerden de hieronder geschreven citaten zich uit zichzelf; op ondubbelzinnige wijze drongen de problemen rondom het ziek zijn, het verpleeghuis en het werken daarin, zich in de gesprekken aan de onderzoeker op.

5.2. DE MANNENZAAL

5.2.1. *Het verwachtingspatroon van de patiënten en familie vóór de opname in het verpleeghuis*

De eerste patiënt, *Heer A.*, een 73-jarige man met een ernstig hartlijden, vertelt het volgende:

'Mijn hoop is gevestigd op "H". Mijn huisarts heeft dat huis mooi uitgeschilderd. Ik weet niets van "H" af; ik ga erheen op advies van mijn doktoren. Ze hebben er van alles.'

Zijn echtgenote zegt:

'Ik heb nooit over "H" nagedacht. Ik zou niet weten wat ze daar met hem kunnen doen. We hebben samen niet over het verpleeghuis gepraat.'

Heer A. heeft nogwel hoop en verwachting: dit is voornamelijk te danken aan de informatie die hij van zijn doktoren over het verpleeghuis heeft verkregen.

Mevr. A. heeft nóch een bepaald beeld, nóch een bepaalde verwachting.

De tweede patiënt *Heer B.*, 80 jaar, met een zenuwaandoening in armen en handen, vertelt het zo:

'Nooit aan een verpleeghuis gedacht. Er zijn daar wel veel invalide mensen. Ik ben eigenlijk niet invalide. 't Zal een hele overgang zijn.'

De schoonzuster van heer B. zegt:

'Ze hebben mij verteld dat je wat moet mankeren als je naar het verpleeghuis gaat. De inkomst in het verpleeghuis valt me mee. 't Is nog de vraag of mijn zwager er weer uitkomt.'

Zowel Heer B. als zijn schoonzuster typificeren het verpleeghuis als een huis waar veel invaliditeit voorkomt. De schoonzuster heeft Heer B. toch maar gemotiveerd er naar toe te gaan. Zij zegt:

'Thuis ben je ook maar alleen, het schilderij zegt niks tegen je'.

M.a.w. ook al zal het leven in het verpleeghuis niet meevallen, thuis is het ook niet alles.

De derde patiënt, *Heer C.*, een 79-jarige man met een hersentrombose en daardoor eenzijdig verlamd, vertelt dat vanaf het begin dat hij in het ziekenhuis lag, hij een 'geval' voor een verpleeghuis was. Hij zegt: 'Wij hebben geen idee wat een verpleeghuis is, 't ziet er van buiten alleraardigst uit. Ik weet dat ik er heen moet: ik móét oefenen. Met z'n zessen op één kamer vind ik niet erg.'

Mevr. C. vindt de gedachte van zes personen op één kamer een reuze bezwaar: 'Maar ja, mijn man is gemakkelijk.'

De informatie die heer C. in het ziekenhuis over het verpleeghuis heeft gekregen betreft vooral de mogelijkheid van oefenen.

De vierde patiënt, *Heer D.*, 73 jaar, met prostaatkanker en lichte verlamningsverschijnselen aan de benen, vertelt dat hij liever naar een rusthuis zou gaan:

‘Nooit aan een verpleeghuis gedacht, wel aan rusthuis. Rusthuis is beter, daar heb je een recreatiezaal. Maar ja, ik moet toch wat?! Ik moet afwachten hoe het bij u is.’

De dochter van Heer D. vindt de omgeving van het verpleeghuis mooi. Zij zegt:

‘Soms denk je wel eens dat de mensen er niet meer vandaan komen. Maar dat is niet waar, ze komen er wel uit. Vader was ook bang dat hij er niet meer uitkomt.’

Heer D. heeft een duidelijker beeld van een rusthuis, dáár had hij ook vaker aan gedacht. Het verpleeghuis roept bij hem, zo zegt zijn dochter, het beeld op van een huis waar je niet meer vandaan komt.

De vijfde patiënt, *Heer E.*, 51 jaar, met een hersentrombose met ernstige verlamningsverschijnselen aan één lichaamszijde, zegt:

‘Ik zie er tegen op als een berg. Ik zag er vroeger “veel krukken”, ben nu zelf een “kruk”. Hoe gaat het bij U? Kom ik weer thuis?’

Zijn echtgenote, Mevr. E., heeft nooit aan een verpleeghuis gedacht: ‘Je verwacht nooit dat dit zal gebeuren. Ze zeggen dat de revalidatie bij U beter is dan in het ziekenhuis.’

Mevrouw E. is door anderen geïnformeerd over de revalidatiemogelijkheden.

Heer E. weet niet hoe het zal gaan: kom ik weer thuis? Er is een onzekerheid over de mogelijkheden van het verpleeghuis voor zijn situatie.

Tenslotte de zesde patiënt, *Heer F.*, 72 jaar, longcarcinoom met metastasen in het ruggemerg waardoor verlamd aan het been, later beide benen. Hij zegt het volgende:

‘Ze hebben ons verteld dat “H” geweldig zou zijn. Ik ga er met verwachting heen. Er zijn meer mogelijkheden in “H”, zeggen ze.’

Heer F.’s verwachtingen zijn ook weer gebaseerd op de informatie van anderen. Zijn verwachtingen lijken op die van Heer A.: ‘Ze hebben dat huis mooi uitgeschilderd.’

Mevr. F. begrijpt deze verwachting van haar man niet helemaal:

‘Mijn man heeft nogal verwachting van “H”. De specialist was niet zó voor overplaatsing. Ze hebben hier wel alle apparaten voor de therapie.’

Enkele conclusies over bovenstaande typificaties van het verpleeghuis:

1. Verschillende mensen hebben nog nooit aan een verpleeghuis gedacht.
2. Het beeld van het verpleeghuis blijkt voornamelijk bepaald te worden door de aanwezigheid van invaliden, krukken, door mensen die wat mankeren. Een onzeker element blijkt ook de vraag of je er weer uit komt.
3. Een belangrijke conclusie betreft de informatie die 'andere mensen' over het verpleeghuis geven. Die 'anderen' zijn in de meeste gevallen doktoren en maatschappelijk werkenden, zonder uitzondering is die informatie over het verpleeghuis positief, zo op de manier van: "Ze" hebben ons verteld dat "H" geweldig is, veel apparaten heeft e.d.'

Door deze informatie is er bij enkele van de genoemde patiënten een bepaalde verwachting gewekt. Deze verwachting is niet in overeenstemming met het beeld dat patiënten en familie zelf gevormd hadden.

5.2.2. Het verwachtingspatroon van het personeel op de afdeling

Tegenover het verwachtingspatroon van patiënten en familie t.a.v. het verpleeghuis, zal nu getracht worden het verpleeghuis zélf te schetsen. In de hiernavolgende analyse van de interviews met de personeelsleden zullen de volgende thema's worden behandeld:

- a. Wat verwacht het personeel van de oudere zieke mens in het verpleeghuis?
- b. Op welke wijze werken de personeelsleden op een afdeling samen, is er sprake van een gemeenschappelijk gedragspatroon?

Ad a. Het verwachtingspatroon op de mannenzaal

Een opvallend verschijnsel bij de analyse van de typificaties van de personeelsleden over patiënten is, dat vrijwel alle personeelsleden negatieve uitspraken doen over het verblijf van oude zieke mensen in het verpleeghuis. Zo is het het hoofd van deze afdeling (Broeder S.) opgevallen dat een lang verblijf verslechterend werkt op de psyche, veel mensen laten, volgens hem, de moed zakken. Belangrijk acht hij het dat de mensen nog een doel in het leven hebben.

Het subhoofd denkt dat de meeste mensen naar huis willen, dat ze zich teveel patiënt voelen.

De instructiezuster denkt dat alle patiënten op den duur afstompen: ze zijn niet meer in de maatschappij. Het lijkt haar afschuwelijk om patiënt in een verpleeghuis te zijn.

Ook zuster R. ziet dat het de patiënten aan moed ontbreekt: wat

heeft het leven nog voor zin. Alleen de leerling denkt dat veel patiënten het wel gezellig vinden.

Ad b. Het gemeenschappelijk gedragspatroon op de mannenzaal

Het meest opvallende 'gemeenschappelijke' op de afdeling zijn in de eerste plaats bovengenoemde negatieve verwachtingen van het leven van patiënten in een verpleeghuis.

Een tweede gemeenschappelijke factor die aanwezig is, is de behoefte 'iets' voor anderen te betekenen. Het subhoofd kan niet werken zonder contact met de mensen, zij vindt het fijn iets voor de mens te betekenen, de instructiezuster krijgt een 'pep' als er een patiënt naar huis gaat. Zuster R. vindt het werk dankbaarder dan in het ziekenhuis: ze vertrouwen je, zegt ze, en daar houd ik van. Het 'iets' voor anderen betekenen wordt door het hoofd van de afdeling het meest uitgesproken samengevat in de volgende woorden: 'Als wij als personeel maar kunnen blijven motiveren, steeds kunnen verkopen dat het nog niet zo beroerd is, en je hebt een goede vertrouwensrelatie, dan is dat het beste voor de patiënt. Je moet in sommige gevallen echt "verkopen".'

Een derde gemeenschappelijk element is dat bijna alle personeelsleden ervan overtuigd zijn dat er 'alles aan gedaan' is.

Op deze beschrijving van het gemeenschappelijk gedragspatroon zal in de conclusie worden teruggekomen.

5.2.3. De mannenzaal na drie maanden

Hoe denken de zes mannen die opgenomen zijn, na drie maanden over het verpleeghuis. Hoe hebben ze het verblijf beleefd? En hoe staan de familieleden er tegen over?

Bij de analyse van de opmerkingen die er door deze mensen zijn gemaakt, vallen de onderstaande twee typificaties op:

In de eerste plaats wordt in het algemeen het verblijf t.a.v. de bepaalde aspecten positief tot zeer positief gewaardeerd. Heer B. zegt: 'Het is hier geweldig geweest, eten en zusters waren goed, de verpleging ook.' Ook zijn echtgenote vindt dat ze erg hun best hebben gedaan. Heer C. zegt: 'Gezien de omstandigheden goed bevallen, omgang met personeel is prettig, geen verder contact.' Zijn vrouw vindt het geen vrolijke omgeving maar zij ervaart toch dat haar man veel steun heeft gehad. Heer E. is bijna uitbundig: 'Onvoorstelbaar geweest, je gaat hier weer meetellen, gezellige kamer.' Ook mevr. E. zegt dat haar man het fijn heeft gehad. Heer F. beoordeelt de verpleging en het verblijf fantastisch, vooral de ruimte en de vrijheid. Mevr. F. vindt het ook fantastisch, de verpleging ook. Heer A. vindt het geen pretje: 'Als

ik thuis ben, leef ik' mevr. A. zegt dat haar man het hier (in verpleeghuis) prettig vindt. Het staat háár tegen.

Het tweede opvallende in de typificaties zijn de beoordelingen over het personeel. Niemand van de zes mannen heeft speciale contacten met het personeel gehad. De meeste van de mannen kent geen namen. Toch zijn de zusters lief, zegt Heer A. Heer B. zegt dat je wel eens een grapje met ze maakt. Heer C vindt de omgang met het personeel prettig, maar hij had geen verder contact. Heer D. denkt dat ze een hekel aan hem hebben, hij kent wel een paar zusters van naam. Heer E. heeft het idee dat hij weer is gaan meetellen maar hij spreekt toch niet over speciale contacten: 'Je voelt je een oud man bij die jonge zusters.' Heer F. heeft weinig contact gehad met personeel.

Hoewel het personeel in het algemeen als lief en aardig wordt gevonden, speelt in bijna alle typificaties toch ook nog een ánder element door: Heer A. zegt: 'Ik had geen last van de zusters en broeders.' Heer C. zegt: 'Je weet dat je hier niets te vertellen hebt. Iedere zuster heeft meer te vertellen dan ik. Maar ik heb gevoel voor discipline.'

Een voorlopige conclusie (een meer definitieve conclusie zal op het einde van dit hoofdstuk gegeven worden) van de mannenzaal is, dat de contacten met het personeel oppervlakkig zijn geweest, enerzijds is het personeel wel lief en hulpvaardig, anderzijds voelen de mannen zich sterk afhankelijk van de zusters en valt de moeite op die ze zich getroosten zich aan te passen.

5.2.4. Het ziek zijn in het verpleeghuis – het handhaven van de identiteit

Zoals hierboven reeds werd gesteld wordt in de analyse van het ziek zijn van de verpleeghuispatiënt uitgegaan van twee polen die het menselijke leven begrenzen of bepalen: enerzijds het biologisch substratum dat zijn grenzen stelt aan het menselijk functioneren, anderzijds de mens als homo socius, zijn sociaal gestructureerd zijn.

In het hiernavolgende zal dit op de volgende wijze worden geanalyseerd.

1. Hoe manifesteert zich het lichamelijk beleven bij de verpleeghuispatiënt?
2. Op welke wijze weet hij zijn identiteit te bewaren in de manier waarop hij met medepatiënten, familie en personeel interacteert? Op welke wijze typificeren ze elkaar en wat is de invloed van deze typificaties op de identiteit van de patiënt?

5.2.4.1. *De grenzen van het lichamelijke*

Iemand die de zes mannen waarover het hier gaat gedurende drie maanden heeft meegemaakt en hun uitlatingen in de interviews leest, wordt getroffen door de sterke nadruk die er bij hen ligt in het lichamenlijk beleven. Een lichamenlijk beleven dat gepaard gaat met angst voor de dood, vrees voor pijn en alleen zijn en onzekerheid over de toekomst. Enkele voorbeelden mogen dit illustreren:

Heer A. zegt na een week:

'Elke dag pijn en benauwd, mijn nieren, lever en maag zijn niet goed. Ik kijk er naar uit beter te gaan lopen.' Na drie maanden is zijn toestand verergerd:

'Vandaag of morgen ga ik er onder door. 't Is een hopeloos geval. Ik ga almaar achteruit. Ben fut kwijt. Wat geeft het als je een paar jaar eerder dood gaat?'

Heer B. wordt bijna geheel door het lichamenlijke beheerst:

'Steeds natte broeken, draag nu catheter, kan niet meer fietsen, veel last van de handen. Mijn lichaam staat in brand, handen doen pijn, dan ga ik weer op bed liggen. Ik heb eigenlijk geen belangstelling meer voor het leven.'

Na één week zegt hij 'geen aardigheid in praten, zó zeer doen mijn handen. Als ik maar van de pijn verlost wordt.'

Na drie maanden:

'Nergens baat bij, 't zit in de toppen van mijn vingers. Ik pieker veel.'

Heer C. zegt na één week het volgende:

'De stem wordt slechter, 't lopen is nog niet zo goed, geheugen heeft ook een tikje gekregen. Ik heb veel last van jeuk en een kurkdroge mond.'

Na drie maanden oefentherapie:

'Beheers het plassen niet, één keer alles laten lopen, vreselijk, veel last van windjes, stoelgang moet goed zijn.'

Heer D. klaagt erover dat het niet beter wordt:

'Ik ben moe, beter worden kan ik niet zegt de specialist, ik loop slecht, geopereerd aan de prostaat, moet er 's nachts nogal eens uit.'

Na 1 week:

'Méér moe. Niet lang uit bed. Denk de hele dag hoe het zal worden.'

Het laatste gesprek, twee weken voor zijn dood:

'Het kan niet beroerder, pijn aan de catheter, ik heb kanker; "Kan je wel oud om worden", zegt de dokter, lig liefst op bed, dat mag hier niet.'

Heer E.:

'Hand en been werken niet meer. Ik klapte zó om. Ben er kapot van geweest.'

Na drie maanden:

'In het begin in de put, veel last van zenuwen. Fantastisch vooruitgegaan.'

Heer F.:

'Ik ben verlamd aan één been. "Onder géén voorwaarde is het kanker," zeiden de doktoren. Ik doe hier niets. Ben gauw moe. Is het mogelijk beter te worden?'

Na een week: 'Zeer teleurstellend gegaan. Rechter been ook verlamd. Vreselijke dreun voor mij. Specialist gaf weinig hoop. Ik heb véél om te verwerken.'

Na drie maanden:

'Ik kan urine nu zelf regelen, kan ook zelf uit bed komen met glijplankje. Bij wassen en omleggen wel hulp nodig. Vooruitgang zit er in mijn benen niet. Kan wél tien maal met bovenlichaam omhoog heffen. Daar zit iets opbouwends in. Ik wil niet in de put zitten.'

Met uitzondering van Heer E. die zelf zegt fantastisch vooruit te zijn gegaan en die geen uitgebreid verslag geeft van zijn lichamelijk beleven, zijn de andere vijf mannen sterk betrokken bij lichamelijke functies, zoals het urineren en de stoelgang, bij pijn, moeheid, futloosheid.

Daarbij hebben ze 'veel te verwerken' of piekeren ze of denken ze er aan 'hoe het zal worden'.

5.2.4.2. Het handhaven van de identiteit

Tegenover dit 'lichamelijk beleven' van de patiënten zal nu de 'identiteit' worden geschetst.

Zoals gesteld gaat het hierbij om de typificaties die in de interacties tussen patiënt en anderen worden gegeven.

Heer A. die zich zelf als een vitaal man kenschetst ('Mijn bloed is altijd van een jonge kerel geweest') wil het liefst weer werken. Hij heeft geen hobby's. Zijn zorgen liggen vooral in de relatie met zijn vrouw ('ik mis mijn vrouw vreselijk en mijn huis is mijn vrouw') en zijn zoon. Volgens Heer A. heeft zijn zoon hem vernederd. Deze komt ook niet meer op bezoek.

Medepatiënten: Deze heer A. wordt door de medepatiënten in het algemeen als een prettige kamergenoot ervaren. Heer B. vindt hem een goed prater, een onderlegd mens. Heer C. definieert Heer A. als een charmante man die veel helpt en waarmee je veel kunt praten, zeer

hulpvaardig. Ook Heer D. spreekt goed over Heer A.: 'Kun je mee praten en hij doet ook wat voor je' (knopen en manchetten dichtdoen). Heer E. vindt Heer A. wat agressief en Heer F. ook, doch Heer F. heeft Heer A. toch maar aan het briden gekregen.

De conclusie is gerechtvaardigd om te stellen dat Heer A. op de kamer iets betekende: een goede prater, hulpvaardig, charmant.

Personeel: Het personeel beoordeelt Heer A. geheel anders. Vrijwel alle personeelsleden vinden Heer A. een dominerende man, nieuwsgierig, zich overal mee bemoeiend, overheersend, moeilijk etc. Broeder F. zegt: 'Hij werpt zich op als broeder en als je er iets van zegt, zegt hij "Och verrek"'.

Het personeel typificeert Heer A. duidelijk negatief: hij gedraagt zich niet zoals het behoort.

Familie: Mevr. A. typificeert haar man als een veel te onrustig man: 'Hij doet toch zijn eigen zin.' Zij zegt: 'Hij mag om mij thuis komen, maar dan moet hij opgelapt zijn, maar dat zie ik niet zitten.'

Mevr. A. heeft, zoals men uit haar woorden op kan maken, reeds een eigen leven opgebouwd. Zij vindt het niet vervelend om alleen te zijn. Zij wandelt veel alleen in de natuur en heeft een goede familie-relatie met haar zusters: 'We hebben zó'n verhouding.'

Heer B. kwalificeert zichzelf als een mannetje dat gauw in de put zit. Hij denkt nog wel eens aan zijn overleden vrouw, maar het belangrijkste in zijn leven is nu nog zijn schoonzuster die hem iedere week opzoekt (reeds 4 jaar). Verder komt er niemand.

Medepatiënten: Door de medepatiënten wordt hij gekenmerkt als iemand die weinig zegt of doet. Heer E. vindt Heer B. wel een aardige man waarmee je praat over ziek zijn en mens zijn. Heer C denkt dat Heer B. een betere werkmans is, uit een eenvoudig milieu komend. Andere medepatiënten hebben geen oordeel over Heer B.

Personeel: Het personeel is eensluidend in het oordeel: Heer B. is een stille, passieve man, zal zelden iets vragen. Alleen Zuster C. had iets meer contact met Heer B. omdat haar vriend bij hetzelfde bedrijf werkt als Heer B. vroeger.

Familie: Het schoonzusje typificeert Heer B. als een doodgoeie man. Zij zegt: 'Hij is altijd goed voor mijn zuster geweest, anders zou ik het niet doen (dat wekelijks komen). Ze hebben een gelukkig huwelijk gehad. Ik zeg vaak: "Zonder je niet zo af, laat de moed niet zakken." Maar hij zegt wel eens: "Het kan me niet schelen als ik morgen dood ga."'

Heer C.'s leven draait om het weer naar huis kunnen naar zijn vrouw. 'We hadden het zo vreselijk gezellig samen. Eén keer in de 14 dagen

een dolle avond met een fles wijn.' Hoewel hij vóór de 'attaque' nog 'zijn neus bij de zaken hield', spreekt hij daar nu niet meer over: Zijn vrouw is alles. 'Zij gaat er het meest onder gebukt, ze ziet dat ik kreupel ben, god, wat is ons leven veranderd, als we maar niet behoeven te verhuizen.'

Medepatiënten: Bij de medepatiënten komt Heer C. weinig ter sprake. De meeste van hen vinden hem een rustige baas. Alleen Heer A. stelt de relatie met Heer C. zeer op prijs. Heer A. zegt: 'Ik ben groot met Heer C.' (Heer C. komt uit een 'hoger' milieu dan Heer A.).

Heer C. zegt zelf dat hij met niemand bevriend is geraakt. Hoeft voor hem ook niet. Toch vindt hij Heer F. een zielepoot: 'Je kunt weinig aan anderen doen, omdat je zelf niets kunt.' M.a.w. het spijt hem zo'n passieve rol te moeten spelen.

Personeel: Het personeel typificeert Heer C. als een prettige, vlotte man, waar je geen moeite mee hebt. Hij werkt hardstikke goed mee. Volgens het personeel heeft Heer C. geen invloed op de zaal, hij is steeds met zichzelf bezig. Broeder F. heeft tegen Heer C. gezegd dat hij wat meer zélf moet doen.

Familie: Mevr. C. is sterk betrokken bij haar man en bij het gebeuren in het verpleeghuis. Zij zegt: 'Als hij met Kerst maar thuis is, anders geeft U mij maar een pilletje, zonder hem overleef ik dat (Kerst) niet. Wij hadden het verschrikkelijk gezellig samen.' En dan tenslotte: 'Waarom leven de mensen hier nog?'

Heer D. vertelt dat de gezelligheid in het leven weg is, nu zijn vrouw er niet meer is. Ze hebben, volgens hem, samen een mooie tijd doorgeemaakt. Hij ziet het nu niet meer zitten: 'Wat moet je doen? Bij de burens kun je niet altijd aankomen. Vaak om zeven uur naar bed.'

Medepatiënten: In de ogen van de medepatiënten heeft Heer D. een zeer speciale rol gespeeld. De meeste van hen hebben zich aan hem geërgerd door zijn gedrag dat volgens hen beneden het toelaatbare was. Men zou kunnen zeggen: niet waardig genoeg.

Heer A. is het meest negatief over zijn medepatiënt: 'Heer D. is een schijntlijster, vreselijk medelijden met zichzelf.' Eens heeft Heer A. tegen hem gezegd: 'Ja, ik weet wel hoe je moet dood gaan, maar dat zeg ik je niet, man, je hebt toch een paar lieve dochters!'

Heer B. vindt ook dat de Heer D. niet meewerkt, je komt moeilijk met hem in gesprek. Heer C. heeft zijn kamergenoot een keer uitgescholden: 'Verdomme man, schei uit met dat vieze gedoe, je staat hier niet op het kazerneplein.' Heer E. denkt dat Heer D. bang is dat hij kanker heeft. En Heer F. vindt het gedrag van Heer D. jammer: 'Ik kon het verdragen, 's nachts vijf of zes keer in een uur de zuster roepen. Maar Heer A. werd er zenuwachtig van.'

Personeel: Het personeel kan het gedrag van Heer D. niet waarderen: Hij is erg met zichzelf bezig, hij is stil en ligt maar op bed, door aandacht te trekken tracht hij te overheersen. Een typische opmerking is van Zuster C.: 'Heer D. is een vreselijk zielig mannetje. Hij verwerkt zijn ziekte niet goed. Maar ik heb gezegd dat er meer mensen met kanker zijn.'

Familie: De dochter van Heer D. is alleen maar negatief over vader. Zij zegt: 'Het is mijn eigen vader, maar ik ken hem niet. Tot zijn vijftigste heeft hij wel gelééfd hoor! Altijd aversie om naar hem toe te gaan. Als je wat tegen hem zegt, klaagt hij maar over pijn. Ik vind het het prettigst dat hij dood gaat. Het zal ons leven niet veranderen'.

Heer E. die veel jonger is dan zijn kamergenoten (51 jaar) heeft nog veel dingen om voor te leven en waarvan hij ook vervuld is: zijn vrouw, zijn kinderen en zijn grote hobby: vissen. Hij zegt ook zelf dat hij naar al deze zaken verlangt, zijn probleem is: het niet meer kunnen werken en dát te verwerken. 'Ik berust er nu in,' zegt hij, 'om uitgeschakeld te zijn.'

Medepatiënten: De medepatiënten hebben Heer E. niet zoveel gezien op de kamer. Heer E. was veelal in de oefenzaal. Heer A. vindt Heer E. wel een aardige man, maar je hebt er niets aan (niet onderlegd genoeg) en Heer B. zegt met iets van jaloezie: 'Heer E. is hard vooruit gegaan.' Heer E. zegt zelf dat hij zoveel steun aan Heer F. heeft gehad: 'Heer F. haalde mij uit de put! Hij zegt: "De moed niet laten zakken!"'

Personeel: Het personeel is helemaal tevreden over Heer E. Het subhoofd zegt: 'Heer E. was goed actief en aangepast!' Zuster C.: 'Heer E. was een fijne, gevoelige man, hij had wel depressieve buien, maar dat hoort bij een C.V.A.' De andere personeelsleden vinden Heer E. ook een vrolijke noot: hij lachte meest om zijn eigen onhandigheid.

Familie: Mevr. E. is zeer positief over haar man: 'We houden ontzettend van elkaar, mijn man had altijd begrip voor mij. Hij is wel erg jong voor deze ziekte. Heb mijn man erg gemist. Zie niet tegen toekomst op. Kleine moeite hem te helpen.'

Heer F. zegt dat hij een rustige man is die zich makkelijk aan kan passen. Zijn zorgen liggen bij de boekhouding die hij nog steeds thuis verricht, bij zijn vrouw en zijn flat. Hoe moet dat allemaal!

Medepatiënten: Zijn medepatiënten vertellen niet veel over hem. Uitzonderingen zijn Heer E. die véél aan hem te danken heeft en Heer C. die Heer F. kwalificeert als een zielepoot. Heer C. had Heer F. graag wat meer willen helpen.

Heer F. zegt zelf dat de kamer hem is meegevallen. In het begin van

de opname zegt hij: 'Doelloos moet je met de mensen om je heen praten. Je wilt geen lastige patiënt zijn.' Later heeft hij zich iets over dit dieptepunt heengezet.

Met Heer E. heeft hij enorm veel humor gehad. Heer C. had hij nooit last van. Heer D.: 'Was jammer.' Met Heer A. is hij gaan bridgen. 'Soms,' zegt Heer F., 'had je leuke gesprekken, maar een ander je opbeuren? Nee, de mensen praten maar wat!'

Personeel: Het personeel zegt het volgende over Heer F. Broeder S: 'Heer F. is stil, hoor je nooit.' Het subhoofd: 'Heer F. is depressief.' Zuster R.: 'Heer F. komt erg aardig over, nooit een echt gesprek mee gehad. Hij praat er over heen. Hij wil, geloof ik, niet in de toekomst kijken.'

Familie: De echtgenote vertelt dat ze samen niet over de werkelijke ziekte hebben gesproken: 'Ik denk wel eens, moet je steeds kiekeboe spelen?' Hoewel haar man maar één zorg heeft, vooral na drie maanden, nl. hoe kom ik, met deze aandoening weer op mijn flat, met mijn vrouw samen, denkt zij er toch een beetje anders over: 'Het is uitzichtsloos voor hem. Ik kan hem thuis niet verzorgen. Ik wil hem niet teleurstellen, maar het kan niet. Ik verveel me niet, heb altijd wat.'

Voorlopige conclusies van de mannenzaal

Uit de typificaties die op de mannenzaal zijn gemaakt, kunnen we voorlopige conclusies trekken:

1. Alle mannen verkeren in een situatie waarbij de betrokkenheid op het lichamenlijk beleven sterk op de voorgrond staat. Een lichamenlijk beleven dat gepaard gaat met veel pijn, angst, onzekerheid en alleen zijn.
2. Hoewel er veel interacties tussen patiënten en personeel zijn geweest in de vorm van verzorgen, verplegen, oefeningen e.d. wijzen de typificaties van elkaar's toestand op *gescheiden zingevingsgebieden*.

Als voorbeeld zouden we hier alle mannen kunnen noemen. Typisch is de opmerking van de zuster over Heer D.: 'Vreselijk zielig mannetje, hij verwerkt zijn ziekte niet goed!' De vraag is hóé de zuster weet hoe je de ziekte dan wél moet verwerken. Een ander extreem voorbeeld: Heer F. die niets anders doet dan in de toekomst kijken, wordt door de zuster als volgt beoordeeld: 'Hij wil geloof ik, niet in de toekomst kijken.' De werelden van Heer F. en de zuster zijn volledig gescheiden. Op deze o.i. belangrijke conclusie komen we later terug.

3. De typificaties van de mannen onder elkaar wijzen, op één uitzondering na, Heer D., op een duidelijk afgestemd zijn op elkaar. Ze

helpen elkaar, ze kunnen met elkaar praten, ze hebben humor gehad, ze hebben elkaar uit de put gehaald e.d. Mét elkaar hebben ze een waardigheid opgebracht die Heer D. miste. Alle vijf mannen voelen als het ware dat wanneer je waardigheid verdwijnt, je als mens uitgeschakeld bent d.w.z. er wordt geen rekening meer met je gehouden, je speelt niet meer mee.

4. De definitie van de situatie tussen patiënten in het verpleeghuis en de familie thuis was in vier van de zes gevallen verschillend.

De familie van de heren A., B., D. en F. had duidelijk éígen ideeën over de situatie die níét overeenstemden met de ideeën van de patiënt. Alleen bij de heren C. en E. was er sprake van een op elkaar afgestemd zijn.

Ook op deze belangrijke aspecten van het wel of niet handhaven van de identiteit zal in de conclusie van dit hoofdstuk worden teruggekomen.

5.3. DE VROUWENZAAL

De typificaties die op de mannenzaal door patiënten, familieleden en personeelsleden waren gegeven, bleken op verschillende manieren verrassend. De nadruk die er door de patiënten gelegd werd op het lichamelijk beleven, de grote verschillen in benadering van het ziek zijn en het functioneren van de persoon van de patiënt door medepatiënten en personeel en tenslotte de aparte rol die de familie in de verpleeghuiswereld speelde, wekten de nieuwsgierigheid van de onderzoeker op om nóg een zaal te analyseren. Enkele overwegingen die een tweede proefopzet rechtvaardigden waren de volgende:

1. Waren de interacties op de mannenzaal toeval op die afdeling?
2. Werden de interacties bepaald door bepaalde ziektebeelden, of misschien door het toevallige personeel op die afdeling?
3. Op welke wijze zou een groep van zes vrouwelijke patiënten met ongeveer dezelfde ziektes op een ándere afdeling leven?

Om dit te kunnen beoordelen werd een proefopzet gedaan met een vrouwenzaal.

5.3.1. *Het verwachtingspatroon van patiënten en familie vóór de opname in het verpleeghuis*

De eerste patiënte *Mevr. A.*, 65 jaar, M. Parkinson, depressie, stijve heup, heeft het idee dat het gezellig is in het verpleeghuis: 'Ik vind het heerlijk, goede berichten over gehoord, thuis gezelliger.'

Even later zegt ze echter: 'Moeder ook in verpleeghuis geweest, is

daar gestorven. Kan me niet schelen dat ik er heen moet.'

Haar man denkt dat zijn vrouw in 'H' gaat lopen. Toch is zijn indruk van het verpleeghuis pijnlijk, hij kan 'al dat zielige van haar niet aanzien'. De zusters hebben hem gezegd (bij opname) 'dat het wel goed komt'.

De tweede patiënte, *Mevr. B.*, 81 jaar, halfzijdige verlamming, heeft nooit aan verpleeghuis gedacht:

'Niet dat het mij lokte, je hebt er niets van jezelf. Dat vind ik erg. Maar ik zal me wel redden.'

De zoon van *Mevr. B.* heeft ook nooit aan verpleeghuis gedacht. Zijn eerste indruk (bij opname van moeder):

'Net een bijenkorf — in alle hoeken en gaten zitten mensen met karretjes, hoe houden die mensen het uit, zo ongezellig, vreselijk.'

De zoon is zeer negatief. Maar hij voert er aan toe dat je 'het' op de duur niet meer ziet als je er lang bent. Moeder is wat positiever: 'Ik zal me wel redden.'

De derde patiënte, *Mevr. C.*, 80 jaar, dijbeenhals-fractuur, haar eerste indruk was verschrikkelijk. Dit is geen verwachtingsbeeld doch een eerste indruk. (Het gesprek over het verwachtingsbeeld is om technische redenen niet vastgelegd.) Zij zegt:

'De eerste ochtend vond ik het verschrikkelijk, al die mensen, de één is nog erger dan de ander. Eerst dacht ik, ik loop weg. In ziekenhuis riepen ze nog al over dit huis, maar dat viel tegen hoor.'

Haar zoon is niet veel positiever in zijn uitlatingen:

'Eerste indruk: moeder is hier niet op haar plaats. Als ze hier blijft, zie ik het niet zitten. Ze gaat hier achteruit. Toen ik al die mensen zag (medepatiënten) schoot mijn gemoed vol: God, God, moet moeder hier zitten?'

De zoon zou zijn moeder het liefst naar huis halen maar thuis is er geen opvang. Hij laat zijn moeder maar in het verpleeghuis als uiterste redmiddel, omdat er niets anders te bedenken is voor hulpverlening.

De vierde patiënte, *Mevr. D.*, 75 jaar, knieprothese, ernstige decubitus (zgn. doorligwond) van de hiel, zegt:

'Och ja, ik ben hier (in ziekenhuis) gewend, 't zal wel vreemd zijn, 't zal wel een overstapje zijn.'

Zij meent echter dat het maar voor kort is, vóór de Kerst naar huis (over twee weken).

Haar man meent dat het verpleeghuis goed is:

'Ik heb niet veel sjoerge van het verpleeghuis. We hebben gehoord

dat het goed moest zijn, van verschillende zijden gehoord.'

De familie D. weet in feite niets af van het verpleeghuis maar ze zijn positief geïnformeerd.

De vijfde patiënte, *Mevr. E.*, 80 jaar, M. Parkinson, decubitus hiel, chronisch rheuma, weet dat er verpleeghuizen zijn waar ze niet naar een patiënt omkijken. 'H' zou beter zijn. Haar zuster kan dat verpleeghuis ook beter bereiken i.v.m. het bezoek.

De zuster van *Mevr. E.*:

'Ze gaat hier hoopvol naar toe. Het is hier toch een revalidatiecentrum: 't Zou hier goed zijn.'

Ook de fam. E. is op een bepaalde manier geïnformeerd: Het verpleeghuis zou een revalidatiecentrum zijn!

Tenslotte de zesde patiënte, *Mevr. F.*, 65 jaar, multiple sclerose.

'Voor mij heeft "H" een angstaanjagende klank want ik zag het altijd als een eindpunt. Mijn huisarts zegt: ze leren je daar niets. Maar ik wil er nu zelf heen.' *Mevr. F.* typificeert het verpleeghuis duidelijk: 'Het is een angstaanjagende gedachte.'

Haar zoon ziet het bijna evenzo:

'Verpleeghuis is het laatste op het levenspad voor oudere mensen, ook voor moeder. Wij waren gedwongen hier naar toe te gaan. Andere mogelijkheden zijn er niet meer. Ik vind dit gebouw nogal functioneel, niet gezellig, niet aangepast aan de bejaarde mens.'

De zoon staat wel achter zijn moeder in de beoordeling van het verpleeghuis:

'Wij waren gedwongen, thuis ging het niet meer, het laatste waar je nog heen kunt gaan.'

Enkele conclusies van de typificaties van de vrouwenzaal

1. De vrouwen typificeren het verpleeghuis negatiever dan de mannen: angstaanjagend, verschrikkelijk, een bijenkorf e.d. De mannen hadden wat gematigder opmerkingen. Alleen *Mevr. A.* vond het heerlijk.
2. Bij verschillende patiënten krijgt men de indruk dat ze als het ware naar het verpleeghuis toe gepraat zijn (gedwongen, 't zal wel moeten). Voor een deel is dit te danken aan het feit dat er ook hier weer positieve uitlatingen over het verpleeghuis van anderen zijn verkregen: 'We hebben gehoord dat het daar goed moet zijn', en 'Het is hier toch een revalidatiecentrum?' Slechts bij enkele vrouwen heeft dit geleid tot een hoopvol verwachtingspatroon (*Mevr. A.* en *Mevr. E.*).

5.3.2. Het verwachtingspatroon van het personeel op de afdeling

Tegenover het verwachtingspatroon van patiënt en familie zal nu, evenals op de mannenzaal, het verwachtingspatroon van het personeel op de vrouwenzaal én het gemeenschappelijke gedragspatroon worden geschetst. (zie 5.2.2.).

Ad a. Het verwachtingspatroon op de vrouwenzaal

In tegenstelling tot de mannenzaal, is er bij de gesprekken op deze afdeling weinig expliciet gesproken over de verwachting van het leven van oude zieke mensen in het verpleeghuis. Te vermelden valt dat de dood bij vier van de wat oudere ondervraagde personeelsleden een belangrijke rol speelt. De afdelingsdokter spreekt er tweemaal over: 'Ik ben erg met de dood vertrouwd. Persoonlijk valt het mij op, hoe weinig het mij doet, natuurlijk door jarenlange training.' Later zegt hij: 'Ik zeg wel eens, de dood is mijn naaste buurman, ik praat geregeld met hem' (de dood). Ook het afdelingshoofd spreekt over de dood: 'Doodgaan doet me wel wat, ik ben er zelf erg bang voor.' De instructiezuster zegt dat ze nu ze ouder wordt, zelf sterk bij de dood betrokken is. Zij ziet ook dat de leerlingen in het begin van hun opleiding bang zijn voor de dood. Zij zegt: 'Bij het afleggen van een dode laat ik ze altijd een "prettige" dode zien.' Ook de maatschappelijk werkster heeft méér belangstelling gekregen voor het doodgaan en de familie, na het overlijden van haar eigen vader.

De dood, als een te verwachten feit in het verpleeghuis, speelt vooral bij de oudere personeelsleden een rol. De leerlingen en de jongeren op de afdeling spreken zich er minder over uit.

Andere opmerkingen in verband met het verwachtingspatroon zijn van de fysiotherapeute en de maatschappelijk werkster. De fysiotherapeute zegt: 'Je wéét gewoon dat oude mensen niet alles meer kunnen, je hebt gewoon een bepaald verwachtingspatroon, niet te hoog!' En de maatschappelijk werkster vindt dat alles wat ze aan werk ontmoet in het verpleeghuis in het negatieve ligt, in de problemen.

Leerling M. heeft een geheel eigen opvatting: 'Allemaal oudere mensen, dat doet je veel minder dan jongere mensen. Deprimerend iemand op mijn leeftijd in rolstoel. Maar met tachtig jaar in een rolstoel, dáár teken ik voor.'

Ad b. Het gemeenschappelijk gedragspatroon op de vrouwenzaal

Uit de typificaties van het personeel over het werk op de afdeling zijn de volgende gemeenschappelijke opvattingen te vinden.

In de eerste plaats vindt een ieder het daar prettig werken. De dokter vindt de sfeer niet deprimerend, 'niet van het hopeloze'. Het

afdelingshoofd zegt, dat de afdeling haar gezellig overkomt, 't is leuk werk. Het subhoofd heeft het 'hardstikke' naar haar zin, de instructiezuster vindt de sfeer 'fantastisch' en de leerling zegt dat ze 'lekker' werkt.

Het tweede gemeenschappelijke op de afdeling is te vinden in de opvatting van de meeste personeelsleden dat het afdelingshoofd de centrale figuur is die de sfeer bepaalt en er voor zorgt dat er meer 'openheid' is dan vroeger. Met name de maatschappelijk werkster valt het op dat het afdelingshoofd de 'centrale figuur' is; er wordt veel tegen elkaar gezegd.

Het derde gemeenschappelijke in de taakopvatting is, dat hoewel er meer openheid is en er veel gepraat wordt, er weinig overeenstemming is in het optreden. Dit geeft nogal eens aanleiding tot fricties. De dokter wordt te solistisch ervaren ('Hij luistert niet naar me,' zegt de fysiotherapeute, 'maar ik zeg het niet zó maar'). De fysiotherapeute ergert zich ook aan afspraken die gemaakt zijn op een teamvergadering, waar men zich later niet aan houdt of er niets van af weet. De maatschappelijk werkster vindt dat de leerlingen níét op de hoogte gesteld moeten worden van de diagnose van de patiënten omdat ze de situatie dan niet aankunnen, de instructiezuster neemt het de leerlingen hoogst kwalijk als ze niet op de hoogte zijn.

In feite heeft de openheid níét geleid tot een gemeenschappelijke taakopvatting doch juist ruimte gelaten voor éígen opvattingen.

Enkele van deze eigen opvattingen laten we hier horen:

Leerlinge C. werkt lekker met de patiënten, zij vindt dat de patiënten écht wel wat mogen zeggen. Leerlinge M. vindt dat als iemand op sterven ligt, je het hem zo plezierig mogelijk moet maken.

De fysiotherapeute zegt dat ze een reuze baantje heeft: 'Alle patiënten oefenen graag.' De instructiezuster weet dat alle patiënten als mens worden behandeld. Zij heeft nóg een opvatting: 'Mensen die denken er te blijven of dood gaan, zijn het makkelijkst, bij mensen met veel verwachting is het moeilijker te werken.'

Misschien zijn deze verschillende interpretaties van het werk op de afdeling mogelijk of worden ze in de hand gewerkt door de opvatting van de centrale figuur op de afdeling, het afdelingshoofd, die zegt: 'Ik denk er niet bij na dat daar dertig oude zieke mensen liggen, ik doe het gewoon, het gaat vanzelf.'

5.3.3. De vrouwenzaal na drie maanden

In de eerste plaats de typificaties over het verblijf in het verpleeghuis. Het verblijf in het verpleeghuis is voor de meeste van de zes vrouwen dragelijk geweest, het was voor sommige net haalbaar.

Hoewel Mevr. A. zegt dat het niet zo best is en ze al die rolstoelen vreselijk vindt, zegt haar man, dat zijn vrouw 'het niet tegen haar zin heeft'. Mevr. B. (die door een plotselinge dood géén drie maanden in het verpleeghuis is geweest) zegt na tien dagen dat het niet 'naar' is. Wél heeft ze in het ziekenhuis meer gelachten. Mevr. B. (81 jaar) ziet het bovendien als nadeel dat er zoveel oude mensen zijn. De familie van Mevr. B. is wel tevreden: moeder is hier goed behandeld. 'Eerst viel het ons hier tegen, maar op den duur zie je al die karretjes niet meer.' Mevr. C. die het in het begin verschikkelijk vond, heeft het prima gehad, vooral het eten was goed en er was voldoende te eten. 'Verder,' zegt ze, 'raak je aan al die ellende gewend.' Ook haar zoon is tevreden: 'Vreselijk meegevallen, de Kerst was goed verzorgd, dat kost wat!' Ook hij ziet die zielige mensen niet meer.

De familie van Mevr. D. is niet zo tevreden. Mevr. D. is plotseling overleden en Heer D. vindt dat de doktoren in het verpleeghuis elkaar tegenspreken.

Mevr. E. is het best bevallen, vooral gezellig met z'n zessen op de kamer. Haar zuster vindt het ook prima. Mevr. F. is zeer gereserveerd: 'Een keurig, royaal gebouw, prettige sfeer, maar toch: "De privacy is nog minder dan ik me had voorgesteld".' Ze geeft een paar voorbeelden: de zuster die bij het wassen het gordijn niet sluit en het toilet waarvan de deur niet goed dicht gaat. Ze is vreselijk blij weer naar huis te gaan. Haar zoon vindt het een fantastisch huis met veel apparaten en het eten is er goed. Wel vindt hij het meer een ziekenhuis, functioneel, clean.

Een tweede aspect dat hier vermeld moet worden zijn de contacten met de medepatiënten. Vrijwel alle vrouwen spreken over het fijne van het contact met de medepatiënten. Mevr. A. heeft wel contact met Mevr. B. en op een andere kamer ligt een meisje dat tegen haar wuift: dan wuift zij terug. Mevr. B. spreekt niet zoveel over haar contacten doch na haar dood vertelt de familie dat het contact met de medepatiënten voor haar erg belangrijk was. Mevr. C. houdt een lang verhaal over haar medepatiënt die ze erg goed kent en waar ze sterk bij betrokken is.

Mevr. E. vindt het gezellig met z'n zessen, ze kunnen het goed met elkaar vinden. Alleen Mevr. F. is minder positief over haar medepatiënten: 'Meeste mensen kunnen niet luisteren, praten alleen over zichzelf, interesseren zich alleen voor hun eigen kwaal.'

Medepatiënten worden, zo kan men concluderen, positief en als van betekenis gekwalificeerd.

Een derde typificatie betreft het personeel. Mevr. A. is erg zenuw-

achtig en bang voor het personeel. Zij kijkt de hele dag naar de deur om te zien of er een zuster aankomt die iets tegen haar te zeggen zal hebben. Zij kan trouwens haar wraak in concreto omzetten: 'Als ze lelijk tegen me zijn, zeg ik niets, maar dan doe ik wel een plas in bed.' Haar echtgenoot die vertelt dat hij niemand van het personeel kent, denkt dat de zusters niet zo lelijk doen.

Mevr. B. zegt dat ze niet te klagen heeft: over het algemeen zijn de zusters wel vriendelijk. Ze kent de hoofdzuster wel, maar weet niet hoe ze heet. Mevr. C. vertelt dat de zusters wel meevielen, de hoofdzuster zag je niet.

Heer D. (echtgenoot van overleden Mevr. D.) heeft, zoals hierboven reeds is geschreven, weinig goeds over het personeel te zeggen: de doktoren spreken elkaar hier tegen. Hij zegt: 'U zei, het komt wel goed en de ander zei dat het niets meer zou worden.'

Het valt Mevr. E. op dat de zusters zo'n haast hebben, het zo druk hebben. Ze kent een paar zusters die aardig zijn, een paar snauwen er: 'Ze zien niet dat je niet anders kunt.'

Voor Mevr. F. is de fysiotherapeute de belangrijkste persoon: 'Lief meisje, had ik veel aan.' Verder heeft ze geen contacten met het personeel gehad. Ook volgens de zoon van Mevr. F. had moeder alleen contacten met medepatiënten.

De twee belangrijkste typificaties van de patiënten over het personeel zijn: lief, wel aardig en/of snauwerig, behoef je niet over te klagen, hebben haast. Opvallend is dat het personeel vrijwel géén rol van betekenis speelt gedurende de drie maanden. Betekenis in dien zin dat de patiënten bepaalde personeelsleden van naam kennen en kunnen aangeven wat zij voor hen hebben gedaan. De fysiotherapeute is voor Mevr. F. hierop een uitzondering.

5.3.4. Het ziek zijn in het verpleeghuis – het handhaven van de identiteit

5.3.4.1. De grenzen van het lichamelijke

Mevr. A. kan niet meer lopen, zij zit alleen nog maar op de stoel, verslagen, spreekt zó zacht dat je haar bijna niet kunt verstaan. Ze moet overal mee geholpen worden. Hoewel ze beweert dat ze niet piekert, zegt ze toch dat haar gemoed vol is en niets meer kan zeggen. Ze heeft één obsessie: het urineren:

'Het "plassen" gaat niet,' zegt ze, 'doe het dan per ongeluk in mijn broek.'

Mevr. B. wilde in het begin (via de attaque) liever dood, ze voelt zich

nu geheel uitgeschakeld. Behoeftte aan extra fysiotherapie. Ze verontschuldigt zich over het zakje:

'Die hand (verlamd) moet in het zakje anders valt ie er steeds naast' (het lichaam). Voor de sufheid krijgt ze coffeïne van de dokter.

Mevr. C. is enthousiast over het lichamelijk functioneren: zij loopt al met twee krukken, ieder zegt dat ze goed loopt, 'ik doe het graag, dat lopen.'

Mevr. D.: Hoewel de knieoperatie is gelukt, heeft ze een erge 'tegenval' met de hielen (zijn geheel open). Ze heeft thuis al jaren last van de knieën, pijnlijk en dik. Nú heeft ze pijn aan de hielen. Zij zegt:

'Op een nacht zei ik, haal de dokter maar dat ze het been er afhakken.'

Mevr. E.:

'Ik ben doodziek geweest. Nu heb ik zo'n pijn aan de hielen. Ben nogal eens benauwd. 'k Had nooit gedacht zo lang met die voeten te zitten. Ik voel me niet fit, zo moe.'

Mevr. F.:

'Als patiënt presteer je niets meer. Wat heb je aan de geest als je er lichamelijk niets meer mee kunt doen? Ik kan mijn eigen post niet eens lezen.'

5.3.4.2. *Het handhaven van de identiteit*

Mevr. A.

Medepatiënten: De medepatiënten op de zaal hebben wat moeite met Mevr. A. Mevr. B. zegt dat ze er wel contact mee heeft, maar ze is moeilijk te verstaan. Mevr. E. vindt haar een stakker. Mevr. F. vindt Mevr. A. een ziel, een stakker, ze is onmogelijk te verstaan en het lijkt Mevr. F. dat ze geestelijk ziek is.

Personeel: De typificaties van het personeel over Mevr. A. zijn verschillend. Volgens het afdelingshoofd werd Mevr. A. wel bij de kamerogenoten betrokken en deed Mevr. A. ook wel iets (karretje duwen van Mevr. E. en omgaan met Mevr. B.), doch de andere personeelsleden kwalificeren haar als: zielig, een psychisch geval, zielepoot, passief, erg op zichzelf.

Men is van mening dat Mevr. A. maar één ding wil: naar huis naar haar man (Zoals we uit de analyse van het verwachtingspatroon wellicht nog weten, zat Mevr. A. de hele dag op de stoel naar de deur te kijken in angstige spanning wat de zusters nú weer zouden zeggen).

Familie: Heer A. kan het eigenlijk niet meer aan: Hij zegt: 'Soms

denk ik wel eens dat ik tegen een dooie zit te kijken of tegen een aan-geklede pop. Een heel enkele keer zegt ze iets.'

Later zegt Heer A.: 'Zij heeft een "angstbeklemming". 'Wat moet er met mij gebeuren,' zegt ze, "als jij er niet meer bent?" ' Heer A. ziet er niet tegen op dat ze thuis komt. Hij redt zich in alles.

Mevr. B. Is een vrouw met een éígen overtuiging: 'Ik heb nu alles los-gelaten,' zegt ze. 'Ik kan het loslaten in het geloof, er is toch iemand bij me, geloof ik. Ik geloof dat ik de kracht ervoor heb gekregen.'

Medepatiënten: Zij heeft nog veel interesses en gaat op in een zoon die idealist is. Op de zaal wordt ze niet door veel medepatiënten ge-noemd. Mevr. E. vindt haar een bijdehand ding, die te veel van haar krachten heeft gevergd: 'Ze was dikwijls aan het woord.' Mevr. E. zegt: 'Ik geloof dat ze (Mevr. B.) vannacht gestorven is. 't Kan zo in-eens afgelopen zijn. Heel erg als je 's morgens zó iemand vindt.'

Personeel: Het personeel is het méést getroffen door het overlijden van Mevr. B. De dokter zegt: 'Bij Mevr. B. (dood) was er verdriet bij anderen.' Het hoofd van de afdeling ervaart het sterven van Mevr. B. als van grote invloed op de afdeling: 'Iedereen is de kluts kwijt, het werk vlot dan niet.'

Zuster J. zegt: 'Mevr. B. was hardstikke geliefd. Overlijden van haar verschrikkelijk. Iedereen hilde. Ze wennen er gauw aan als er iemand nieuw komt. Mevr. B. speelde samen met Mevr. C. een grote rol op die zaal.' De instructiezuster: 'We waren er kapot van toen Mevr. B. doodging, leuk wijfje, zonde dat ze dood is.' De maatschappelijk werk-ster is van mening dat Mevr. B.'s dood moeilijk is geweest voor mede-patiënten.

Familie: De familie van Mevr. B. zegt: 'Moeder had de gedachten aan haar eigen huis al los gelaten. Ze keek niet uit naar elders. Wij zijn niet verdrietig, moeder heeft een goed leven gehad.'

Mevr. B.'s overlijden is een verlies voor het personeel geweest. Bij de medepatiënten valt dit niet zo op. De familie heeft de dood geaccepteerd: 'Moeder heeft het goed gehad.'

Mevr. C. is de meest vitale vrouw van de zaal. Zij zegt zelf dat ze 's morgens gauw de kamer af ging, dan ging ze naar een kennis die elders lag. Zij had wel contact met Mevr. B. en Mevr. F. Ze hielp Mevr. F. omdat ze zo weinig kon zien: 'Wij waren altijd met z'n drietjes.'

Medepatiënten: Mevr. F. typificeert Mevr. C. als vrolijk, die zeurde niet zo.

Personeel: Het subhoofd denkt dat Mevr. C. een grote rol op die zaal speelde. De instructiezuster heeft Mevr. C. weinig gezien: 'Is

een heup, gaat lekker.' Volgens de maatschappelijk werkster is Mevr. C. veel weg, uit de kamer gevluht, ze zoekt het ergens anders in huis. Andere personeelsleden vinden Mevr. C. vrolijk.

Familie: De zoon van Mevr. C. is erg op zijn moeder gesteld: 'Ik ben met varen uitgescheiden toen moeder een maagzweer kreeg, vier jaar geleden. Moeder is altijd opgeruimd. Je kunt haar gerust uitnodigen op bruiloften en partijen!' Mevr. C. zegt zelf: 'Zoon kwam steeds. Hij heeft het hele huis schoongemaakt.'

Mevr. C. is typisch haar eigen weg gegaan in het verpleeghuis en wordt door haar zoon positief thuis ontvangen. Ze heeft een weinig opvallende rol gespeeld behalve dat ze vrolijk was en Mevr. F. hielp.

Mevr. D. is een bescheiden vrouw, erg gedeprimeerd. Men kan aan haar zien dat ze nauwelijks boven de pijngevoelens uit kan stijgen. Door de medepatiënten wordt ze niet genoemd behalve door Mevr. F.

Medepatiënten: Mevr. F.: 'Mevr. D. heeft bezwaar dat ik me bij de wastafel was. "Als we daar mee beginnen," zegt ze, "waar blijven we dan." ' (Mevr. D.'s bed stond naast de wastafel — zij was kennelijk gesteld op een klein stukje eigen grondgebied).

Verder spreekt eigenlijk alleen Mevr. F. over het overlijden van Mevr. D.: 'De kamer was ontzet bij overlijden van Mevr. D. Iedereen legde er zich bij neer dat het trombose was. Wonderlijk dat het zo vlug wegebt. Na een week dacht niemand er meer aan.'

Personeel: De dokter spreekt over een 'schok' bij het overlijden van Mevr. D. (Bij Mevr. B. was er verdriet). De instructiezuster vindt Mevr. D. een zielig geval, zit erg over haar voet in.

De maatschappelijk werkster heeft opgemerkt dat Mevr. D. bang is nooit weer beter te worden. Dat moet de dokter weten, vindt ze. Zij vindt dat Mevr. D. meer een geïsoleerde figuur was. Mevr. B. betekende duidelijk meer, ook voor het personeel. Andere personeelsleden noemen Mevr. D. niet.

Familie: De echtgenoot zegt dat zijn vrouw een van de beste vrouwen van de wereld is geweest. Hij denkt dat hij er nu ook aangaat. De zuster van Mevr. D. heeft echter een andere opvatting: 'Mevr. D. heeft het erg moeilijk in het leven gehad. Heer D. sloeg haar vaak en de dochter van Mevr. D. werd eveneens niet geaccepteerd.'

Mevr. D. is niet 'opgevalen' in het verpleeghuis. Zij was in feite te ziek en te gedeprimeerd om een actieve rol te spelen in de interacties met medepatiënten en personeel.

Voor Mevr. E. betekent haar zuster bijna alles. Zij ging het liefst naar 'H' omdat haar zuster daar beter op bezoek kon komen. Zij had eerst geen moed meer, maar zij dacht, je kunt het allicht proberen.

Medepatiënten: Zij spreekt over enkele contacten met medepatiënten. Mevr. A vindt ze een stakker, die kon niet veel vertellen. Van Mevr. B. vertelt ze dat die 'vannacht geloof ik' gestorven is. 't Kan zo ineens afgelopen zijn.' Verder trok ze met alle kamergenoten op.

Haar medepatiënten spreken nauwelijks over haar, behalve Mevr. F. Deze zegt: 'Mevr. E. is een schat van een vrouw, beschaafde oude dame, óók niet te verstaan.'

Personeel: Het personeel heeft ook weinig opmerkingen over Mevr. E. De instructiezuster vindt dat je een goed gesprek met Mevr. E. kunt hebben, het is een leuk mensje, erg zwak. Maar zegt de zuster: 'We hebben de hielen dicht gekregen.' De zuster heeft geen idee van haar toekomst.

Volgens de maatschappelijk werkster is Mevr. E. hier wel tevreden: de hielen zijn hier genezen. Leerling M. typificeert Mevr. E. als iemand die hier niet hoort: 'Ze praat zo zacht, maar ze ziet alles goed, hoor!'

Familie: De zuster van Mevr. E. wil met de dokter over de toekomst praten: 'We willen een beetje opschieten, samen naar een verzorgingstehuis. Dan is ze rustiger. Ze heeft hier het idee dat de mensen naar haar kijken.'

Mevr. F.

Medepatiënten: Mevr. F. heeft, misschien omdat ze jonger was dan de anderen (65 jaar) een vrij uitgesproken rol vervuld gedurende de zes weken dat ze in het verpleeghuis was. Deze heeft ze niet vervuld bij de medepatiënten (alleen Mevr. C. spreekt over Mevr. F. omdat ze zo weinig kan zien) doch bij het personeel. Mevr. F. had, dat weten we nog uit de vorige analyse, een sterke behoefte aan privacy en zij vond de meeste medepatiënten mensen die alleen maar over zichzelf praatten. Bovendien had Mevr. F. de handicap dat ze bijna niets kon zien waardoor ze maar moest afwachten wie er bij haar kwam.

Personeel: De dokter vindt dat Mevr. F. een hoge pet op had van het verpleeghuis, maar ze is op een verkeerd moment gekomen (in een periode dat er een minder aantal oefentherapeuten waren). Duidelijke communicatiestoornis zegt hij. Het hoofd van de afdeling vindt Mevr. F. in het begin wat vreemd: 'Ze is hier teleurgesteld, dacht ik.' Het afdelingshoofd gaat liever bij Mevr. A. zitten 'omdat Mevr. A. zo'n stumper is.'

Het subhoofd vindt dat Mevr. F. zich véél te véél heeft voorgesteld van de genezing. Ze vindt Mevr. F. een beetje moeilijk. Ook de instructiezuster denkt dat Mevr. F. veel te hoge verwachtingen had. Ze heeft er verder geen contact mee, vrij zelfstandige vrouw.

De maatschappelijk werkster zegt dat Mevr. F. erg teleurgesteld is in het verpleeghuis: zij wilde haar schema afwerken en dan wegwezen.

De fysiotherapeute vindt ook dat er communicatiestoornissen zijn geweest. Ze kreeg te weinig therapie: Ze had blijkbaar het idee om in zes weken op te knappen. Ze vond het hier niet leuk!

Familie: De zoon kent zijn moeder wel: 'Het zwaarste was het geestelijke; geestelijk gaat ze hier achteruit, daarom gaat ze naar huis. Ze wil alleen rustig op haar flat zijn. Je moet haar wil respecteren.'

Bovenstaande analyse van de interacties tussen de vrouwelijke patiënten, familie en personeel, geeft ons aanleiding tot de volgende conclusies:

1. De dames A., D., E., en F. verkeerden, ieder op hun eigen wijze, in een crisissituatie. Mevr. B. en Mevr. C. waren hierop een uitzondering. Mevr. B. door een positief aanvaarden van haar invaliditeit en Mevr. C. was door de geringe invaliditeit weinig bedreigd.
2. De dames A., D., E. en F. zijn door de personeelsleden niet of weinig begrepen. Het personeel heeft niet ingespeeld op de crisis waarin zij verkeerden.
3. De dames op de zaal hebben een weinig homogene groep gevormd. Mevr. C. was bijna altijd vertrokken, Mevr. A. en Mevr. E. waren bijna niet te verstaan en Mevr. F. kon vrijwel niets zien en had bovendien een hekel aan de gesprekken. Mevr. B. betekende duidelijk meer voor het personeel dan voor de medepatiënten. Haar overlijden was op de afdeling een 'verlies'. Bij Mevr. D.'s overlijden was er sprake van een 'schok'.

Familieleden van alle vrouwelijke patiënten definieerden de situatie gelijk aan die van de patiënt. Alle vrouwelijke patiënten ontleenden, ook gedurende de periode in het verpleeghuis, hun identiteit aan huis en aan alles wat daarmee verbonden is.

5.4. HET UITEINDELIJK VERLOOP VAN HET LEVEN VAN DE PATIËNTEN TWEE JAAR NA HET ONDERZOEK

Situatie van de patiënten twee jaar ná de periode van de drie maanden van het onderzoek:

De mannenzaal

- *Heer A.* is enige maanden na het laatste gesprek naar huis gegaan en is twee weken daarna thuis overleden.
- *Heer B.* is teruggegaan naar het rusthuis, doch reeds na twee maanden heropgenomen in het verpleeghuis waar hij nog steeds verblijft.
- *Heer C.* woont, voor zover de omstandigheden het toelaten, gelukkig bij zijn vrouw thuis.

- *Heer D.* is, zoals we gezien hebben, reeds na twee maanden overleden.
- *Heer E.* maakt het thuis redelijk goed.
- *Heer F.* is, na een jaar, in het verpleeghuis overleden.

Vrouwenzaal

- *Mevr. A.* woont nog samen met haar man thuis.
- *Mevr. B.* overleed vrij kort na opname in het verpleeghuis.
- *Mevr. C.* verblijft thuis bij haar zoon.
- *Mevr. D.* overleed eveneens plotseling in het verpleeghuis.
- *Mevr. E.* is na een half jaar naar haar zuster gegaan en kort daarop thuis gestorven.
- *Mevr. F.* woont nog steeds op haar flat.

5.5. AANVULLENDE OPMERKINGEN

Alvorens enkele conclusies te trekken uit bovengenoemde typificaties betreffende 'identiteit' en 'institutie' is het noodzakelijk enkele opmerkingen te maken over de 'leefwereld' van de patiënten in het verpleeghuis gedurende de drie maanden.

In de eerste plaats de sfeer op de kamer waarin de patiënten leven. Deze wordt gekenmerkt door een sterk accent op het lichamenlijk beleven, bijna door pure lichamenlijkheid: het zien van elkaars invaliditeit, het verlamde been, de naar beneden hangende arm, het langdurig prutsen en frutselen aan eigen lichaam om maar zélf de kleren aan te kunnen krijgen en niet afhankelijk te zijn van de zuster, het voortdurend zeuren om de zuster (soms twintig tot dertig keer in één nacht) om te moeten plassen, het steeds maar winden laten, het kreunen en steunen. Deze sfeer beïnvloedt uiteraard het gedrag van de patiënten t.o.v. elkaar. Een goed voorbeeld hiervan is te vinden in een reactie van een patiënt op de mannenzaal.

Deze patiënt (C) een uiterst beschaafd en gereserveerd man met vroeger een hoge positie in de maatschappij, laat op een gegeven moment zijn gereserveerdheid varen en barst los in een tirade van vloeken, tegen Heer D.: 'Verdomme man, hou nu toch eens op met dat vieze gedoe, je staat hier niet op het kazerneplein.' Het is goed hierbij te bedenken dat heer D. zeer ernstig ziek was en twee weken daarna stierf.

De sfeer van het lichamenlijk beleven was het meest indringend aanwezig in de ochtenduren en 's avonds en 's nachts. Op die momenten waren de zes patiënten mét elkaar en bij elkaar op de kamer. De ochtenduren waren gevuld met het verplegen, het verzorgen van won-

den hetgeen vaak gepaard ging met pijn en ook angst of ze, de patiënten, het wel goed deden in de ogen van het personeel. De avond en de nacht werden gekenmerkt door de vaak lange duur van het liggen (negen uur naar bed tot acht uur 's morgens) en de angst en bezorgdheid die in de nachtelijke, donkere uren vaak aanwezig zijn.

In de tweede plaats wordt de leefwereld van de patiënten voor een belangrijk deel beïnvloed door het accent dat aan de reactivatie van patiënten in het onderhavige verpleeghuis wordt gegeven. Alle besproken patiënten besteedden een groot deel van de dag aan oefeningen.

De leefwereld werd op deze manier bepaald door actie. Zoals in het hoofdstuk over de procedure van het onderzoek reeds werd vermeld, werden alleen de uren tussen vijf en zeven uur in de namiddag gekenmerkt door stilte: de therapieën waren gestaakt. De stilte was een opvallend verschijnsel in het verpleeghuis. Mede door de filosofie van het verpleeghuis dat reactivatie een belangrijk aspect van het functioneren van een verpleeghuis is, werden de patiënten in hun verwachting t.a.v. het herstel van de ziekte of invaliditeit hierdoor diep beïnvloed: De afwezigheid van een fysiotherapeut voor één of twee dagen werd door hen als teleurstellend ervaren.

5.6. CONCLUSIES UIT DE PROEFOPZET

Het uitgangspunt in ons denken over de begrippen identiteit en institutie, patiënt en verpleeghuis, was de vraag in hoeverre het verpleeghuis tegemoet komt aan de crisis waarin de patiënt t.g.v. zijn lichamelijk letsel terecht is gekomen. In het licht van deze proefopzet kunnen nu de volgende conclusies worden getrokken:

1. De crisis waarin de patiënt terecht is gekomen door zijn ziekte, is opvallend. De sterke betrokkenheid bij het lichamelijk functioneren, het piekeren over de vraag hoe het nu wel zal worden, de angst voor de toekomst, het soms alleen maar 'doelloos' met anderen kunnen praten, het zijn alle kenmerken van een crisis waarvan het voor verschillende van hen de vraag is of men 'eruit' zal komen.
2. Het verwachtingsbeeld dat patiënten (en familie) van het verpleeghuis vóór de opname hebben is ambivalent. Enerzijds wordt het beeld dat men van het verpleeghuis heeft, gekenmerkt door negatieve zaken: er zijn daar veel invaliden, krukken, het is soms angst-aanjagend, verschrikkelijk; anderzijds zijn er positieve geluiden over het verpleeghuis te horen, doch deze zijn verkregen door anderen: 't moet er goed zijn, 't is toch een revalidatiecentrum, er zijn zoveel apparaten.

3. In het algemeen kan worden vastgesteld dat het verpleeghuis geen vertrouwd beeld oproept.

Na drie maanden wordt het verpleeghuis ook weer ambivalent ervaren: Er zijn goede dingen, zoals het eten, de therapie, sommige zusters zijn lief en aardig, verpleging is er goed. Er zijn ook negatieve opmerkingen: geen last van de zusters, kan me goed aanpassen, je raakt aan alle ellende gewend, veel oude mensen.

De betekenis van het verpleeghuis wordt door de patiënten voornamelijk ervaren in de goede maaltijden, de therapie en de verpleging.

4. Een belangrijke conclusie die voor alle twaalf patiënten geldt, is te vinden in de betekenis die het waardevolle (thuis, familie, overtuiging) voor hen heeft. In alle gesprekken bleek dat het leven voor hen dáár om draaide. Dat ligt voor de hand: dáár, thuis of in het werk, heeft de patiënt in de loop van zijn leven zijn identiteit opgebouwd. Niettemin blijkt echter dat bij een niet goed definiëren van elkaars situatie, de patiënt in het verpleeghuis en het familielid thuis, er gemakkelijk verschillende interpretaties van de situaties gegeven worden waardoor verwijdering tussen de partners optreedt. Dit was met name het geval op de mannenzaal, waar vier van de zes mannen hun eigen situatie ánders typificeerden dan de echtgenotes. Voor enkele van deze mannen betekende dit verschillend interpreteren van de situatie het verlies van hun belangrijkste zingevingsgebied (Heer E. en Heer F.).
5. De betekeniswereld van de patiënten en die van het personeel blijken bijna geheel gescheiden van elkaar te bestaan. De patiënten kennen niemand bij de naam. Ook blijkt het voor hen niet duidelijk hoe de organisatie van de afdeling in elkaar zit. Tevens blijkt het gescheiden optrekken uit het volgende.
- Op de mannenzaal wordt Heer A. door zijn medepatiënten getypificeerd als een aardig, hulpvaardig man, een gentleman en een goede prater. Het personeel typificeert Heer A. als bemoeizuchtig, irritant, als iemand die de zaal domineert.
- Op dezelfde zaal wordt Heer C., die zich nogal veel met Heer A. bemoeit, op de vingers getikt. Heer C. zegt dan: 'Ik heb nagedacht waarom ik die opmerking kreeg, ik ben me van geen schuld bewust; Heer A. is toch een verschrikkelijk aardig man?'
- De gescheiden zingevingsgebieden of betekeniswerelden van patiënten en personeel kan enerzijds worden verklaard uit de geheel eigen wereld van de patiënt waarin de identiteitscrisis en de betekenis van thuis zo'n grote rol spelen, anderzijds vanuit de 'wereld' van het personeel.

Zoals in bovenstaande werd aangetoond heeft het personeel een vrij

- negatief beeld over de patiënt in het verpleeghuis (ze stompen er af, het lijkt me afschuwelijk) en is de taakopvatting affectief en normatief: men moet de patiënt blijvend motiveren, men wil 'iets' betekenen, men heeft er alles aan gedaan, men werkt lekker. Opvallend bij dit laatste is dat er op beide zalen weinig sprake is van gemeenschappelijk optreden: ieder is op zijn wijze bezig met de patiënt.
6. Tenslotte moet gewezen worden op de gezamenlijke belevingswereld van de patiënten op de zaal. Het is opmerkelijk dat de patiënten elkaar allemaal van naam kennen en elkaar vaak tot steun zijn. Ze trekken vaak met elkaar op, duwen elkaars rolwagentje, helpen met het eten e.d. Soms zijn er momenten van meer agressieve aard, getuige de ergernis van de patiënten op het gedrag van heer D. en het sluimerend conflict tussen Mevr. F. en Mevr. D. op de vrouwenzaal waar Mevr. F. beslist niet op het plekje bij de was-tafel van Mevr. D. mocht komen. In beide situaties, zowel in het wederzijds elkaar helpen als in het wederzijds op elkaar schelden, zijn patiënten in de gelegenheid 'zichzelf' te zijn hetgeen in hún betekeniswereld in het verpleeghuis van belang is.

5.7. SLOT

De belangrijkste conclusie uit deze proefopzet lijkt ons gelegen in de gescheiden betekeniswerelden van patiënten en personeel. Datgene wat voor de patiënt relevant is, is het voor het personeel op een andere manier.

De vraag doet zich voor waarom de relevantiestructuur in de leefwereld van patiënten en personeel zo gescheiden zijn. Deze vraag is niet theoretisch van aard. Indien de hulpverlening in het verpleeghuis zich beperkt tot verpleging en activatie en zich niet uitstrekt tot datgene waar de patiënt het meest bij gebaat is nl. het handhaven van zijn identiteit, dan zal de hulpverlening onvoldoende zijn en tot verlies van eigen identiteit van de patiënt kunnen leiden.

Gezien het resultaat van het vooronderzoek kan gesteld worden dat de reden waarom het verpleeghuis zo weinig aan de vragen van de patiënt toekomt, gelegen is in de gescheiden betekeniswerelden van patiënten en personeel. Vanuit deze constatering kan men zich afvragen waarom dit het geval is. Om dit nader te toetsen staat in het *definitief onderzoek* de volgende veronderstelling centraal:

'Het verpleeghuis komt niet tegemoet aan de identiteitscrisis van de patiënt omdat het personeel in het verpleeghuis de problematiek van de patiënt niet op de juiste wijze interpreteert.'

6. Het definitieve onderzoek

De relevantie van het verpleeghuis voor de oudere zieke mens

6.1. INLEIDING

Zoals reeds in hoofdstuk 2 over de theoretische achtergrond van deze studie werd gesteld, zullen in de definitieve opzet van het onderzoek twee aspecten van interacties naar voren worden gebracht:

1. Op welke wijze wordt het a-typische of het onvertrouwde in de situatie van de patiënt, typisch of vertrouwd gemaakt, zowel door de patiënt als door het personeel?
2. Welke zijn de relevantiestructuren van de zingevingswereld van de patiënt en die van het personeel?

Deze twee aspecten van interacties zijn gekozen omdat ze, in het voetspoor van het denken van Alfred Schutz, een beter inzicht kunnen verschaffen in de wijze waarop mensen in de alledaagse (niet-theoretische) leefwereld proberen de problemen waarvoor ze komen te staan, meester te worden.

In de analyse van vraag 1 – het a-typische typisch maken – zal gebruik worden gemaakt van Schutz's relevantiecategorieën: hoe wordt iets thematisch relevant, op welke wijze wordt iets interpretatief relevant en hoe wordt iemand gemotiveerd, relevant te handelen.

In de analyse van vraag 2 – welke zijn de relevantiestructuren van de zingevingsgebieden van patiënt en personeel – zal met name gelet worden op wat voor de patiënt van betekenis is en wat voor het personeel. De vraag die zich hierbij vooral voordoet is in hoeverre het verpleeghuis relevant is voor de patiënt.

Enkele opmerkingen van procedurele aard zijn nodig ter verduidelijking van het hiernavolgende.

- a. De procedure die in de proefopzet is gebruikt, is in de definitieve opzet op dezelfde wijze gehanteerd. D.w.z. dat ook in deze opzet steeds zes patiënten werden opgenomen op één kamer welke drie maanden werden geobserveerd en welke drie maal werden geïnterviewd (2 x 6 vrouwen, 1 x 6 mannen). Ook in de personeelsopstelling werd niets veranderd, dit betekent dat ook hier weer de afdelingsarts, het afdelingshoofd, het subhoofd, de instructiezuster, de maatschappelijk werker en de fysiotherapeut én enkele leerlingen

werden benaderd om aan het onderzoek mee te doen. In deze definitieve opzet is echter één uitzondering gemaakt t.a.v. de plaatsing van zes patiënten op één kamer. Op de laatste afdeling van het verpleeghuis waar het onderzoek plaats vond bleken de patiënten die reeds in het verpleeghuis aanwezig waren, níét bereid te verhuizen naar andere kamers om de éne kamer voor zes personen vrij te maken. De patiënten werden hierbij ondersteund door het personeel. Dit betekent dat in de laatste vrouwenzaal die in dit onderzoek wordt besproken, slechts twee van de nieuw opgenomen op één kamer kwamen te liggen, terwijl de overige vier patiënten verspreid woonden op de rest van de afdeling. Op de gevolgen van deze opzet zal in het desbetreffende onderdeel van dit hoofdstuk nader worden ingegaan.

- b. In de analyse van de eerste vraag zijn wij bijzonder geïnteresseerd in de wijze waaróp de patiënten *in de loop van de tijd* het atypische (ziekte of verpleeghuis) typisch of vertrouwd trachten te maken. In de opmerkingen van de patiënten zal daartoe steeds worden aangegeven wélke typificaties vóór de opname bestonden en wélke in de loop van de tijd in het verpleeghuis.

Achtereenvolgens zullen in dit hoofdstuk een vrouwenzaal, een mannenzaal en nóg een vrouwenzaal worden besproken. Bij iedere zaal zal in het kort een voorlopige conclusie worden getrokken. Op het einde van de analyse van de drie zalen zal worden teruggekomen op de veronderstelling die in het vorige hoofdstuk werd geformuleerd.

6.2. DE EERSTE VROUWENZAAL – AFDELING R

6.2.1. *Het a-typische of het onvertrouwde van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie*

A. De patiënten

Mevr. A., 71 jaar, gehuwd, 26 jaar invalide t.g.v. multiple sclerose, spastische verlamming aan beide benen, zit in rolstoel, beperkte functie van beide armen en handen t.g.v. coördinatiestoornissen. De invaliditeit wordt verergerd door grote huiddefecten (decubitus) op de stuit.

Patiënte vertelt vóór opname:

‘Ik slaap slecht en ik pieker veel: hoe zal het worden? Ik zie het vaak niet meer zitten. Eerst zeiden de doktoren dat het encephalitis was, later multiple sclerose. Ik kan mijn benen niet gebruiken en ook niet schrijven.’

'Ik verwacht van het verpleeghuis alles: ik vind het heerlijk want ik vecht tot het einde, de revalidatie is daar zo goed en er is een schrijfclub.'

Patiënte vertelt tijdens opname:

'We moeten niet in de put zitten. Alle mensen met hun leed hier, je moet je gelukkig prijzen dat je nog niet zó bent.'

Hoewel ze nog veel piekert zegt ze dat ze vaak een grapje maakt. De goede revalidatie die in het verpleeghuis verwacht wordt, de schrijfclub, de vergelijking met anderen en de, misschien biografisch bepaalde instelling op de manier van: ik vecht tot het einde, we moeten niet in de put zitten, geven Mevr. A. de mogelijkheid om de situatie enigszins aan te kunnen.

Mevr. B., 64 jaar, ongehuwd, mislukte dijbeenhalsoperatie, fistel (pijpzweer) uit de operatiewond. Heeft een zgn. zwevende heup, d.w.z. dat de hals en kop van het bovenbeen zijn verwijderd. Na enige weken ziekenhuis opname in verpleeghuis.

Patiënte vertelt vóór opname:

'Ben in het begin erg verdrietig geweest, denkt u dat ik weer naar huis kan? Erg bang voor die fistel: dáár is alle ellende mee begonnen.'

'Het verpleeghuis (mededeling over opname) moest ik eerst "verwerken", maar "ze" hebben alleen maar goede dingen over dat huis verteld. Revalidatie hebt u er ook?'

Patiënte vertelt tijdens opname:

'Nu zie ik het als een stapje vooruit. Eerst komen al die karretjes (rolwagentjes met veel verlamde patiënten) als een lawine op je af, maar bij even wennen is het tóch wel een oplossing voor andere patiënten.'

De onvertrouwde situatie (mislukking van de operatie, fistel) kristalliseert zich bij patiënte in de vraag of ze weer naar huis kan.

In hoeverre het verpleeghuis een relevante oplossing voor haar is, is nadat ze over het verpleeghuis hoorde, nog de vraag: éven verwerken, doch informatie is positief, het zal er wel goed zijn. Dit motiveert haar er toch maar naar toe te gaan. Later, als ze met krukken loopt (er is duidelijk verbetering opgetreden) ziet ze het verpleeghuis zelfs als een stapje vooruit.

Mevr. C., 76 jaar, gehuwd, een zeer invalide vrouw t.g.v. een geamputeerd been, slechte bloedcirculatie in andere been, bijna blind, doof en suikerziekte.

Patiënte vertelt vóór opname:

‘Toen been eraf moest, had ik liever dood willen gaan. Er zijn voor mij niet veel dingen meer: ik zie niks en ik hoor slecht. Wat heb ik nog te wensen. Het is náár om afhankelijk te zijn. “Ze” hebben ons verteld dat ik bij u de kans kreeg weer onafhankelijk te worden. De pastor hier (in ziekenhuis) zei dat er bij u óók een lieve pastor was. Zou ik er mensen ontmoeten waar ik echt mee kan praten? Ik wil in “H” blijven totdat ik mezelf kan redden, anders hoeft het voor mij niet.’

Voor *Mevr. C.* is de situatie bijzonder dreigend. De lieve pastor en de informatie dat ze weer onafhankelijk kan worden in het verpleeghuis, maken de overgang naar het verpleeghuis enigszins mogelijk. De belangrijkste motivatie is het weer zichzelf te willen redden. Voor haar blijft echter een onzekerheid: zouden er mensen zijn met wie ze echt kan praten? (Een gesprek in het verpleeghuis was niet mogelijk wegens een heropname in het ziekenhuis).

Mevr. D., 82 jaar, gehuwd, ernstig hartlijden na vier maal hartinfarct.

Patiënte vertelt vóór opname:

‘De dokter zei dat ik het nog nét gehaald had, ik kwakkel veel, nú kan het niet meer (alleen zijn). Ik denk vaak: hoe staat het met mijn hart?’

‘Eerst dacht ik (toen patiënte van verpleeghuis hoorde) opgeborgen te worden in het verpleeghuis, maar er is een ommekeer gekomen: ik bid veel en nu vind ik het fijn. Ben vroeger één keer in “H” geweest: net een hotelletje.’

Patiënte vertelt tijdens opname:

Later (na 10 dagen): ‘Wel geschrokken toen ik kwam; al die benen en die wagentjes, dát zie je niet in ziekenhuis. ’t Gebouw ligt er mooi.’

Patiënte wéét dat ze niet meer alleen kan zijn. Hoewel ze het verpleeghuis negatief interpreteert als oplossing (opgeborgen te worden) is ze gemotiveerd er heen te gaan door het bidden: er is een ommekeer gekomen.

Mevr. E., 70 jaar, weduwe, ruggemergaandoening, verslapping been-spielen, slijtage halswervels.

Patiënte vertelt vóór opname:

‘Ik kan nog niet alleen opstaan, de spieren zijn te slap en het ruggemerg is te dun: ik lig zó op de grond. Ik ben eerder in “H” geweest. Ze kennen me bij u. Toen zijn ze lief geweest, ik ben ook niet lastig. Zou ik bekenden zien? Bij u moet ik leren lopen.’

Patiënte vertelt tijdens opname:

‘Ben erg teleurgesteld door de zusters. Wat is het hier veranderd. We hebben geen zusters meer. Als je vraagt, wilt u mij helpen, zeggen ze, een ogenblikje, en dan duurt het een half uur.’

Voor *Mevr. E.* is het verpleeghuis “H” vertrouwd. Ze is ook zeker gemotiveerd er naar toe te gaan: leren lopen. Toch blijft er een onzekerheid: zou ik er bekenden zien?

Later blijkt het vertrouwde van vroeger weg te zijn: er zijn geen zusters meer (bedoeld, geen goede).

Mevr. F., 80 jaar, weduwe, kwaadaardig gezwel in dikke darm met uitzaaiingen in de lever, zeer ernstig ziek, een gesprek met patiënte in verpleeghuis een week voor haar dood. (Deze patiënte vertoefde reeds op de zaal vóór de vijf nieuwe patiënten kwamen. Het personeel wilde deze ernstig zieke vrouw niet verplaatsen).

Patiënte vertelt vóór opname:

‘De lever is niet goed, ik weet niet wat de dokter in het ziekenhuis zei: ik wil u onderbrengen in een verpleeghuis. Ik moest daarop wel ja zeggen.’

Patiënte vertelt tijdens opname:

‘’t Liefst zou ik alleen zijn. Ben doodmoe om vijf uur. Het is heerlijk hier: ik weet niet waar ik naar toe moet. Ben bang hier weg te moeten. Hele dag bang dat er iemand komt die zegt: U moet weg. Wat ná het verpleeghuis?’

Conclusie. De onvertrouwde situatie waarin deze zes vrouwen leven (mèt hun ziekte of invaliditeit naar een verpleeghuis) wordt door ieder van hen op eigen wijze geïnterpreteerd en gemotiveerd. Voor de meeste van deze patiënten blijft het verpleeghuis een onvertrouwd

aspect houden. Men zou kunnen stellen dat het verpleeghuis voor hen hypothetisch relevant is: áls er een lieve pastor is, áls ze nog lief voor me zijn, áls ik maar niet weg hoef: dit zijn allemaal voorwaarden waaraan voldaan moet worden en waar men nog niet zeker van is.

B. Het personeel

Het a-typische, de aanwezigheid van ziekte of invaliditeit bij de patiënt kan door het personeel ten dele thematisch relevant gemaakt worden door het stellen van de diagnose met de daarbij behorende prognose en behandeling: Als de patiënt dié bepaalde ziekte heeft, zullen er dié bepaalde verschijnselen optreden en moet er op dié daarbijpassende manier gehandeld worden.

Op deze wijze, de normale medische benadering, wordt de 'ziekte' thematisch gemaakt en niet de zieke mens. In de hiernavolgende analyse zal getracht worden een analyse te maken van de wijze waarop het personeel het a-typische waarin de méns verkeert, typisch maakt. Zoals we gezien hebben is het 'typisch maken' van de situatie noodzakelijk, om de situatie waarin men verkeert, meester te blijven.

Mevr. A. De situatie van deze patiënte wordt voor het personeel relevant door het véél te hoge verwachtingspatroon dat patiënte heeft ten aanzien van het verloop van haar ziekte.

De afdelingsarts meent dat ze er verder mee komt als die verwachting wat wordt afgezwakt. De maatschappelijk werker zegt ook dat het verwachtingspatroon door het 'systeem' is bijgestuurd. Vrijwel ieder personeelslid op de afdeling is bezig met het 'afzwakken' van het te hoge verwachtingspatroon van Mevr. A. M.a.w. met het bezig zijn met dit, in de ogen van het personeel, veel te hoge verwachtingspatroon, wordt de vrijwel hopeloze situatie van Mevr. A. hanteerbaar.

Mevr. B. Deze patiënte wordt relevant omdat ze zo ontzettend leuk is, ze wordt beschreven als een typische onderwijzeres die ongemerkt de leiding had. De situatie van Mevr. B. is ook veel minder onvertrouwd dan die van Mevr. A. Mevr. B. is veel minder invalide en kan spoedig weer naar huis.

Mevr. C. De situatie waarin deze patiënte verkeert is engszins vergelijkbaar met Mevr. A. het a-typische, het onvertrouwde, de misère waarin Mevr. C. leeft wordt op de volgende manier getypificeerd. Het afdelingshoofd vindt dat Mevr. C. ontluisterd is: ze is altijd modebewust geweest. De afdelingsarts zegt dat Mevr. C. in een identiteitscrisis leeft: ze zegt nú dat ze een slecht huwelijk heeft gehad. De instructiezuster vindt dat Mevr. C. zich wat afzonderde en er wat buiten viel.

Het niet goed kunnen hanteren van het a-typische van de situatie van Mevr. C. wordt het duidelijkst geïllustreerd door de fysiotherapeute. Zij zegt: 'Ik heb Mevr. C. wat laten hinken op één been in de brug omdat ze zich zo verveelde.'

Mevr. D. 's situatie wordt als volgt omschreven: 'Je moet oppassen haar niet te vergeten,' zegt het afdelingshoofd. 'Patiënte is wat solitair,' vindt de afdelingarts, 'maar dat ligt in de rede: ze heeft zojuist haar man en zoon verloren,' Als Mevr. D. in de loop van de drie maanden overlijdt, zegt de maatschappelijk werkster: 'die mevrouw betekende iets op de zaal, ik weet niet wát.'

Mevr. D. was in de ogen van het personeel wel te typificeren: ze was solitair en stil, doch begrijpelijk stil. Op deze wijze was Mevr. D. wel een vertrouwde figuur op de zaal.

Mevr. E. Deze patiënte is moeilijk te typificeren door het personeel. 'Het is een onduidelijke vrouw,' zegt de arts letterlijk, 'ze neigt te domineren.' De leerling vindt dat Mevr. E. de baas was op de zaal, ook de maatschappelijk werker denkt dat Mevr. E. het hardst aan de bel trok en daardoor veel aandacht kreeg. Patiënte heeft door haar gedrag een zekere weerstand opgeroepen bij het personeel waardoor enkele conflicten tussen haar en het personeel zijn opgetreden.

Deze situatie kon het personeel bijna niet hanteren: het was een onduidelijke vrouw.

Mevr. F. De situatie van Mevr. F. wordt door het personeel niet getypificeerd. (Mevr. F. overleed één week na het begin van het onderzoek). Daar Mevr. F. reeds enige maanden op de afdeling verbleef, mogen we aannemen dat het personeel haar wel gekend heeft. In de gesprekken met het personeel is op geen enkele wijze gebleken welke betekenis Mevr. F.'s leven en haar dood op de afdeling heeft gehad.

Conclusie. De a-typische, onvertrouwde en vaak bedreigende situaties waarin de patiënten verkeren worden door het personeel op zódanige wijze thematisch relevant gemaakt dat men er, op eigen wijze, interpretatief en motivationeel iets mee kan doen: het bijsturen van het hoge verwachtingspatroon van Mevr. A.; het op één been laten hinken van Mevr. C.

Sommige patiënten zijn 'gemakkelijk' thematisch relevant en vertrouwd te maken, zoals de opgewekte Mevr. B. en de begrijpelijke stille Mevr. D. Mevr. E.'s situatie was minder vertrouwd: het onduidelijke in haar optreden heeft ertoe geleid dat het personeel haar situatie moeilijk kon hanteren.

6.2.2. De relevantiestructuren in het leven van de patiënten en het personeel

Nauw aansluitend op bovenbeschreven wijze waarop patiënten en personeel de onvertrouwde, vaak dreigende situatie ieder op eigen wijze hanteerbaar trachten te maken, is de vraag in hoeverre het onderhavige verpleeghuis relevant is in de betekeniswereld van de patiënt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er een aspect van het verpleeghuis is dat zó relevant is nl. het verplegen en de oefentherapie, dat het zou lijken dat mét deze activiteiten de relevantie van het verpleeghuis reeds voldoende is aangegeven.

In onderstaande analyse zal worden nagegaan in hoeverre dit aspect voldoende relevantie bezit om de problematiek waarvoor de patiënt staat, áán te kunnen. Met name zal in de analyse worden gezocht naar de betekeniswereld van de patiënt en die van het personeel en de intersubjectiviteit ván de beide zingevingsgebieden.

A. De betekeniswereld van de patiënten

Mevr. A. een groot deel van het leven van *Mevr. A.* draait om haar ernstige invaliditeit. Zij piekert vaak: hoe zal het worden. Ondanks deze onzekerheid behoort het tot haar leven niet in de put te zitten. Haar man doet dit wel: hoewel hij iedere dag op bezoek komt, zit ze daar wel wat mee. Ze zegt: 'Mijn man denkt vaak het ergste.' Haar man vindt ook dat zijn vrouw nu ze in het verpleeghuis is, gedeklasseed is. Zélf vindt patiënt het verdrietig dat ze nooit naar haar kinderen of kleinkinderen kan gaan.

Op de zaal speelt *Mevr. A.* een vrij belangrijke rol bij de medepatiënten. Ze gaat veel om met *Mevr. B.*, die later zegt: 'Ik had veel aan *Mevr. A.*' Een andere patiënte, *Mevr. E.* zegt: 'Mevr. A. had veel humor.' Volgens andere patiënten kon je merken dat het personeel van *Mevr. A.* hield.

De eventuele herstelbare wij-relatie met haar man (als hij maar niet zo in de put zat), de herstelbare wij-relatie met de kinderen (ze kan er nu niet naar toe, maar misschien later eens) en de bereikbare wij-relatie met medepatiënten zijn belangrijke bevestigingen in de intersubjectieve leefwereld van *Mevr. A.*

Mevr. B. 's wereld heeft altijd gelegen in een grote behoefte om mensen te ontmoeten, om uit huis te gaan. Dit is nu, ná de mislukte heupoperatie, waarschijnlijk niet meer mogelijk. Ze zal haar leven anders moeten inrichten: 'Wel een straf, hoor,' zegt *Mevr. B.* Haar broer is voor patiënte een belangrijke relatie. Hij zegt: 'We hebben samen een goede band, te sterk soms.'

Patiënte heeft veel aan Mevr. A.: 'We gingen samen altijd naar beneden,' zegt Mevr. B. Zij vindt ook dat je problemen onder elkaar als patiënten moet oplossen.

De duidelijke wij-relatie met haar broer en haar vermogen vrij gemakkelijk nieuwe relaties op te bouwen (Mevr. A.) wijzen op de betekeniswereld van Mevr. B.

Mevr. C.'s wereld die zeer ernstig bedreigd wordt (niet meer lopen, niet meer zien, slecht horen en misschien nóg een been moeten missen) draait om het thuis zijn waar haar man en haar hondje zijn. Hoewel er wat moeilijkheden zijn met haar man ('Mijn man is jaloers op mijn zoon') legt ze zich er maar bij neer.

Zij zegt: 'Wat heb ik nog te wensen, zó lang zal het wel niet meer duren.' Het was wél een teleurstelling voor haar dat het hondje haar niet herkende toen hij eens in het ziekenhuis mocht komen.

Op de zaal heeft Mevr. C. de meest directe relaties met de dames D. en E. Mevr. D. geeft haar wel eens te eten: 'Ze is immers blind,' zegt Mevr. D.

Mevr. E. schetst de betekenis van het leven van Mevr. C. Als Mevr. C. heropgenomen wordt in het ziekenhuis, zegt Mevr. E.: 'Ik ga er niet naar toe want ze spreekt wartaal en daar raak ik van overstuur.' (Mevr. C. en E. waren verre familieleden en hadden lange tijd ruzie gehad).

Mevr. C. had vroeger een eigen zaak waar ze zelf de leiding had. De betekenis in haar leven ligt in een mogelijke herstelbare wij-relatie met haar man, doch evenéens in haar zoon en het hondje.

Haar man verveelt zich thuis ook niet, hij schildert en beeldhouwt.

Mevr. D. voelt zich niet alleen (hoewel ze alleen heeft gewoond en een paar keer een hartaanval thuis heeft gehad).

Ze denkt vaak aan haar man die nu in een 'tehuis' is (tehuis voor demente bejaarden). Ze heeft veel gehuild toen ze alleen was: ze zag hem nog steeds fietsen naar de Hoogovens, ze heeft het goed met hem gehad. De dochter zou haar graag in een eigen huisje willen hebben. Dochter heeft moeder maar niet verteld dat vader in het 'tehuis' vastgebonden ligt.

Mevr. D. is plotseling overleden. Haar overlijden heeft diepe indruk gemaakt op de kamergenoten. Hoewel zij zélf eens gezegd heeft dat ze weinig met haar kamergenoten omging ('t Zijn nette mensen hoor, maar ik sluit me moeilijk aan') is ze toch van betekenis geweest op de zaal.

Mevr. D. heeft duidelijke wij-relaties: in de eerste plaats met haar man (die nu dement is en later overleed) een relatie die in haar bele-

vingswereld van grote betekenis is (doch niet herstelbaar), in de tweede plaats met haar dochter en waarschijnlijk in de derde plaats met haar kamergenoten (een bereikbare wij-relatie).

Voor *Mevr. E.* zijn er twee belangrijke zaken in het leven te noemen: in de eerste plaats haar eigen 'gedoe'tje' (thuis) waar ze het liefst haar eigen gangetje gaat. In de tweede plaats haar dochter en kleindochter die steeds op bezoek komen. 'Ik zit iedere avond in de hal te wachten op mijn dochter,' zegt *Mevr. E.*

Op de zaal blijkt *Mevr. E.* veel positiefs te beleven. Ze zegt: 'We hebben veel schik met elkaar.' Zij vindt *Mevr. A.* een vrouw met veel humor. De dood van *Mevr. D.* heeft diepe indruk gemaakt op *Mevr. E.*: 'We deden een stukkie brood in haar mond en wég was ze, korter dan een seconde.'

Mevr. E. heeft duidelijke wij-relaties met haar dochter en kleindochter en haar huis en mogelijk ook bereikbare wij-relaties met medepatiënten (Haar huis betekent: de dingen waarmee zij en haar gezin steeds mee om zijn gegaan).

Mevr. F.'s leven wordt beheerst, náást het intens moe en ziek zijn, door de angst weg te moeten. 'Ik geloof niet,' zegt patiënte, dat "ze" (de nieuwe kamergenoten), iets tegen me hebben.' Verder denkt *Mevr. F.* nog veel aan haar man. Nú wil ze eigenlijk het liefst alléén zijn. Zelfs haar idee dat er mensen zijn die op haar dood zitten te wachten (haar huis over te nemen) kan ze vergoelijken: ' 't Zijn zakenlui.'

Mevr. F. heeft een goede wij-relatie met haar man: hoewel die relatie niet herstelbaar is, is die toch van betekenis voor haar. Haar angst om weggestuurd te worden wordt méé veroorzaakt door het plotseling arriveren van vijf nieuwe kamergenoten. Hiermee heeft ze niets vertrouwd en ze is te moe om er iets mee op te bouwen.

Conclusie. Zoals te verwachten viel blijken de wij-relaties het belangrijkste te zijn in het leven van deze zes vrouwen. Enkele aspecten zijn vermeldenswaard:

1. Wij-relaties zijn óók aanwezig wanneer een partner is overleden of wanneer die relatie niet geheel optimaal is.
2. Wij-relaties worden ook aangegeven en zijn van betekenis met eigen huis of met eigen hondje.
3. Wij-relaties zijn in het verpleeghuis 'bereikbaar' tussen de patiënten onderling (*Dames A., B. en ook D., C. en E.*).
4. Opvallend is het 'anonieme' van het personeel in de belevingswereld van de patiënt. Hoewel de patiënten dagelijks door het personeel worden geholpen, zijn er in de typificaties géén aandui-

dingen gevonden van wij-relaties tussen patiënten en personeel.

B. De betekeniswereld van het personeel

Het personeel op deze afdeling waardeert het werk positief tot zéér positief. Het afdelingshoofd legt de nadruk op het menselijke contact in het verpleeghuis dat veel groter is dan in het ziekenhuis. Zij beleeft de afdeling als één grote familie. De afdelingsarts mist de medische problematiek; het is allemaal meer kameraadschappelijk, vertelt hij.

Ook de instructiezuster vindt het fijn werk, óók om het menselijk contact: heerlijk om mensen te verzorgen. De fysiotherapeute beleeft haar werk als dankbaar: 'Je geeft mensen plezier omdat je ze begeleidt.' De maatschappelijk werker motiveert zijn werk als volgt: 'Leuk werk, je moet van oude mensen houden als van kinderen, ik word er groot van om dat (de problemen) mee te maken, er doorheen te groeien.' Ook de leerling vindt het werk héérlijk en prachtig: mensen opvrolijken.

Opvallend zijn de typificaties: het menselijk contact, het fijne werk, het dankbare werk, het leuke werk.

Hoewel het personeel zéér gemotiveerd is om te werken in het verpleeghuis, zijn er bij hen toch wel vragen en verschillen in opvattingen. Het afdelingshoofd vindt dat er méér over de patiënten gesproken moet worden en méér geobserveerd. De afdelingsarts probeert een klimaat te scheppen waar de patiënten zich veilig voelen, er moeten meer teamvergaderingen komen: wat er gebeurt in de groep (personeelsleden) komt nauwelijks aan de orde.

De fysiotherapeute vindt de therapie dé instantie om aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen. 'Toch,' zegt ze, 'juttten we de mensen wel eens te veel op; waarom nog oefeningen bij iemand van 90 jaar? Soms zitten ze (patiënten) bibberend op de rand van het bed en willen graag een oefening overslaan'. De maatschappelijk werker ziet zijn taak vooral in de 'emoties' van de patiënten: 't Gaat vaak om emoties, maar ik lig er niet wakker van.' De leerling vindt de verpleging de belangrijkste discipline.

Conclusie. Tegenover de betekeniswereld van het leven van de patiënt is de betekeniswereld van het werk van het personeel geplaatst. Door alle gevraagde personeelsleden op deze afdeling wordt het werk van grote betekenis geacht en is men zéér gemotiveerd te werken. Deze motivatie is vooral gelegen in het dankbare werk, het fijne werk om mensen te verzorgen. De manier waaróp dit moet gebeuren (naast het gebruikelijke verplegen en oefenen) is niet duidelijk en wordt ook verschillend beleefd. Voor de één is verplegen het belangrijkste en voor de ander fysiotherapie, er moet méér gepraat en geobserveerd

worden e.d.

Uit deze analyse van de betekenis van het werk van het personeel blijkt niet in hoeverre het personeel de problematiek van de patiënt begrijpt.

6.3. EEN MANNENZAAL – AFDELING S

6.3.1. *Het a-typische of het onvertrouwde van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie*

A. De patiënten

De Heer A., 71 jaar, kwaadaardige longtumor, kleine, ernstige zieke man, lijkebleek, weduwnaar.

Patiënt vertelt vóór opname:

‘Ik denk over beter worden en geen pijn meer krijgen. Met bestralen zullen ze pijn weg krijgen, als vlekje in de long weg is, is de pijn ook weg.’

‘Dat verpleeghuis ligt er geweldig – ben liever niet alleen thuis, maar ik kan niet koken en de kinderen zeggen ook dat hier (in ziekenhuis) niets te beleven valt.’

Patiënt vertelt tijdens opname:

‘Ieder is hier op zichzelf, allemaal apart, in de tachtig. Ik heb erge pijn in de rug, zonder pijn ben je een heel ander mens. Géén zin in praten, té veel pijn. ’k Zou niet weten waar ik aan denk: dat ik geen pijn meer heb.’

Paar weken voor zijn dood (zéér vermoeid en versuft): ‘Pijn hetzelfde, zelfde last, ik ben een paar keer thuis geweest met de maatschappelijk werkster.’

De a-typische situatie waarin Heer A. verkeert: een ‘vlekje’ in de long en heftige pijn in de rug, blijkt in de loop van de tijd, tot aan zijn dood, bestaan. Er zijn twee aspecten in zijn leven die zijn situatie beheersen: géén pijn meer hebben en het thuis zijn.

Heer B., 87 jaar, gehuwd, een zwaargebouwde man, slechte bloedcirculatie in beide benen, gepaard gaande met heftige pijnen.

Patiënt vertelt vóór opname:

‘Ik heb vreselijke pijn aan het been, heb aderverkalking in het been.’

Wat ik uitgestaan heb! 't Knaagt nog dag en nacht. Maar mijn moeder heeft mij geholpen! Elke dag denk ik nog aan haar.'
'Leuk naar het verpleeghuis te gaan; dichterbij (huis). Ken er veel mensen, er is afleiding en buitenlucht'.

Heer B. heeft de bedreigende situatie waarin hij verkeert enigszins aangekund door de herinnering aan zijn moeder: dié heeft hem geholpen. Het verpleeghuis lokt hem wel: het is dichterbij huis en hij kent er veel mensen.

Het is niet mogelijk geweest Heer B.'s leven in het verpleeghuis nader te volgen. Binnen een week bleek het noodzakelijk dat hij heropgenomen werd in het ziekenhuis voor een beenamputatie. Tijdens of vlak na de operatie overleed Heer B.

Heer C., 81 jaar, gehuwd, vrij magere man, chronische bronchitis of longemfyseem, zeer kortademig.

Patiënt vertelt voor opname:

' 'k Weet niet hoe lang ik die benauwdheid al heb. Als ik lig, is het goed. 'k Had een ingeklapte long. 'k Weet niet of verpleeghuis goed is voor mij, 't zal wel goed zijn. Vrouw zegt: "Je moet naar verpleeghuis." Ze zal het wel niet aankunnen.'

Patiënt vertelt tijdens opname:

' 't Gaat prima, benauwdheid zakt een beetje, ben de trap al op en af gelopen. De ene dag is beter dan de andere. 't Is hier net een restaurant, alleen geen kelners. Ik kan gaan en staan waar ik wil.'

De a-typische situatie waarin Heer C. verkeert, bestaat reeds enkele tientallen jaren. Hij is hiermee, lang voor het gesprek in het ziekenhuis plaats vond, min of meer vertrouwd geraakt. Het verpleeghuis accepteert hij op negatieve gronden: zijn vrouw wil het. Later wordt het verpleeghuis voor hem vertrouwder: net een restaurant.

Heer D., 69 jaar, gehuwd, zwaargebouwde man, beenamputatie, verschillende operaties ondergaan in ziekenhuis.

Patiënt vertelt vóór opname:

'Ik heb vreselijke pijn gehad (huilt even), éérs het been ónder de knie eraf, daarna zovéél pijn, zo hevig; toen verband eraf ging was alles uit elkaar gesprongen: infectie: toen moest het been bóven de knie eraf.'

'Ik ben hardstikke blij daar (verpleeghuis) naar toe te gaan: weer lopen en dan weer naar moeder de vrouw.'

Patiënt vertelt tijdens opname:

'Ik heb prothese gekregen, bot schrijnt tegen het hout. Maar de prothese is fantastisch, precies anatomisch. Je moet jezelf hier vermaken, kamer niet om op te pochen. Als je hier moest blijven, dan sta je stil, dan liever meteen een spuitje of naar psychiatrisch ziekenhuis.'

Heer D. interpreteert het verpleeghuis positief: dáár zal hij weer leren lopen om later weer naar huis te kunnen. Later blijkt het verpleeghuis toch onvertrouwd voor hem te zijn: 'Je moet jezelf vermaken anders wordt je gek.'

Heer E., 78 jaar, gehuwd, astmatische bronchitis, erg kortademig.
Patiënt vertelt vóór opname:

'Dokter zegt: gewoon longziekte, ik ben tien jaar kortademig, vroeger bij een professor (longziekte), ik denk dat die mij verpest heeft. Ben nú erg benauwd door u (gesprek). Ik heb tegen mijn arts (longarts) gezegd: "Laat me niet los".'

'Terwille van mijn vrouw ga ik naar het verpleeghuis, ik kan het niet verwerken. Ze zijn bang dat ik gauw weer thuis kom. Vrouw is op de kindertjes.'

Patiënt vertelt tijdens opname:

'Ben hier niets opgeknapt, morgen ga ik naar de specialist, een prachtkerel. Ik ben hier wel de vrolijkste, je wordt moedeloos door al die oude mensen.'

Het a-typische (benauwdheid en verpleeghuis) is in de loop van tijd gelijk gebleven. Er is geen enkele aanwijzing dat Heer E. zijn situatie 'vertrouwer' heeft kunnen maken. Alleen de longarts is zijn houvast.

Heer F., 76 jaar, weduwnaar, prostaatkanker, erg mager en verzwakt door steeds terugkerende bloedingen.

Patiënt vertelt vóór opname:

'Ik ben erg ziek geweest, ga nu goed vooruit, ik kon tien dagen geleden niet lopen maar ik heb ook weer een liter bloed gehad.'

Tot voor kort dacht ik: verpleeghuis vreselijk, alleen ongeneeslijk zieken. Dat verpleeghuis blijkt ook een revalidatieoord te zijn. Dr. H. (specialist) was blij dat ik daar naar toe mocht.'

Patiënt vertelt tijdens opname:

'Ik voel nog grote vitaliteit, ik ga hard vooruit. Prachtig opgezet hier (het verpleeghuis), maar je hebt geen eigen kamer: het zou niet goed zijn je te lang aan te passen, je kunt je dan niet concentreren.'

Heer F.'s situatie wordt iets meer vertrouwd als zijn specialist zich blij toont dat hij naar het verpleeghuis mag. Hoewel hij later het verpleeghuis typificeert als 'prachtig opgezet', wordt de situatie voor hem toch weer onvertrouwd: niet goed je zó lang aan te passen.

Conclusie. De lichamelijke situatie waarin de mannen op deze zaal zich bevonden was voor verschillende van hen dermate bedreigend dat er 'van een vertrouwd maken van de situatie' nauwelijks sprake kon zijn. Voor enkele van hen wordt het verpleeghuis iets vertrouwder omdat 'het dichterbij huis is en er zoveel kennissen zijn' (heer B.) of omdat 'je er leert lopen en dan weer naar huis kunt' (Heer D.). Voor één patiënt (Heer C) wordt het verpleeghuis vertrouwder omdat het net een restaurant is. Voor de heer A., E. en F. blijft de situatie in het verpleeghuis onvertrouwd.

B. Het personeel

Op welke wijze heeft het personeel getracht de a-typische situatie waarin deze zes patiënten verkeerden, typisch d.w.z. hanteerbaar voor hen, te maken?

Heer A. Heer A. is in de ogen van het personeel een raadsel gebleven tot zijn dood toe. De dokter van de afdeling zegt dit letterlijk: 'Heer A. is voor mij een raadsel, hij reageert niet op de zwaarste medicijnen. Hij is vreselijk apatisch.'

Het afdelingshoofd vindt Heer A. ongrijpbaar: 'Hij doet zijn mond niet open, een soort schemer-toestand.' Volgens het subhoofd is deze patiënt erg bezig met de vraag of hij kanker heeft: 'Weet hij het al?'

De dokter heeft Heer A. in een later stadium verteld dat hij kanker had, maar volgens hem heeft Heer A. dat niet goed geïnterpreteerd. De leerling schrikt van Heer A.: 'Hij heeft veel pijn, echt een carcinoomhoofd als je hem ziet.'

De maatschappelijk werkster vertelt dat ze met heer A. naar huis is geweest: 'Dáár praatte hij volop, eerst over zijn vrouw, hij kwam met

foto's, dan over zijn ziek zijn; hiér lijkt hij geheel afwezig te zijn.'

De a-typische situatie van Heer A. kan niet thematisch relevant gemaakt worden: het gevolg is geweest dat men óók niet gemotiveerd werd op een bepaalde manier te handelen, uitgezonderd de zware medicatie én het bezoek aan eigen huis, samen met de maatschappelijk werkster. Dit blijkt van grote betekenis te zijn voor Heer A.!

Heer B. Deze patiënt die reeds na enkele dagen heropgenomen moest worden in het ziekenhuis, wordt niet door het personeel genoemd. In de interacties met de medepatiënten zal Heer B. opnieuw ter sprake komen.

Heer C. De situatie van deze patiënt is vrij gemakkelijk relevant te maken. De dokter zegt: 'Heer C. is een typische astmatische-bronchitis-problematiek: astmatici zijn erg veeleisend en terroriseren de omgeving.' Hij én de maatschappelijk werkster zullen hem (in het weekend wanneer hij wel eens thuis is) plotseling bezoeken om na te gaan of hij dan benauwd is.

Het afdelingshoofd denkt dat heer C. bang is om benauwd te worden 'waarschijnlijk een samenspel van factoren: angst en relatie-problemen'. De fysiotherapeute meent ook dat er een psychische component bij Heer C. aanwezig is: 'Hij is bang om naar huis te gaan.' De maatschappelijk werkster weet dat astmatische mensen vaak niet zijn te motiveren. Dit is de reden waarom ze samen met de arts plotseling een bezoek zal brengen: 'Je moet dan toch praten over naar huis gaan.'

Heer C. is voor het personeel relevant in dien zin dat zijn situatie gemakkelijk te interpreteren valt. Het is daardoor ook gemotiveerd tot handelen: zorgen dat hij weer thuis komt.

Heer D.'s situatie wordt op de volgende manier getypificeerd: 'Heer D. heeft een vrij goede instelling, hij heeft het hier naar zijn zin, maar hoort hier niet thuis,' zegt de afdelingsarts. De arts vindt de angst van Heer D. voor het goede been ook reëel. Het is het afdelingshoofd opgevallen dat Heer D. gemakkelijk contacten legt: 'Hij ziet de toekomst rooskleurig.'

De fysiotherapeut vindt Heer D. puur fysiotherapeutisch gezien, interessant: 'Hier is wat uit te halen. Het is een vrij eenvoudige man, hij kletst maar raak, géén problemen.' De maatschappelijk werkster weet dat hij het moeilijk heeft: 'Hij is niet geheel echt, moeite met verwerken van amputatie.'

In de beleavingswereld van het personeel is heer D. gemakkelijk te hanteren: 'Hij heeft een goede instelling, er is ook iets aan hem te doen.'

Heer E. Heer E. wordt voor het personeel relevant door de wijze waarop hij optreedt en opmerkingen maakt. Het afdelingshoofd vindt hem wel aardig doch nerveus, later zegt hij: 'Heer E. is wel wat cru in zijn opmerkingen.' Het subhoofd zegt eveneens dat heer E. wel eens 'moeilijk' deed: 'Dan moet je er iets van zeggen.' De fysiotherapeut schetst heer E. als 'opdringerig, brutaal'. 'Andere patiënten klaagden over Heer E.,' zegt de maatschappelijk werkster, 'dat is wel ernstig.' De instructiezuster vindt Heer E. een vervelende man met schunnige opmerkingen. Het is haar opgevallen dat toen heer E. vertrok, zijn kamergenoot Heer D. veel prettiger werd.

De manier waarop Heer E. wordt getypificeerd en voor het personeel relevant wordt (opdringerig, brutaal) heeft niet geleid tot handelen, behalve dat je er wel eens wat van moest zeggen. (d.w.z. dat het gedrag gecorrigeerd moest worden).

Heer F. De situatie van Heer F. wordt vooral hanteerbaar omdat Heer F. zich zo goed aanpast. De leerling denkt dat Heer F. notaris is geweest: 'Echt een ambtenaar, beschaafd en intelligent, hij paste zich goed aan.' Ook de instructiezuster zegt: 'Heer F. past zich goed aan, wél een heel andere man, hij deed wel mee met de grapjes van Heer D.' Het subhoofd vindt Heer F. 'erg vrolijk, vreselijk dankbaar, kan zich goed aanpassen, een nét mannetje'. 'Toch,' zegt zij later, 'kreeg ik het idee dat hij het niet zo prettig vond tussen de anderen. Zijn geloof is mooi maar mij te moeilijk.'

De fysiotherapeut vond Heer F. een prachtmens: 'Kon je wat van leren, hij viel uit de groep.' De afdelingsarts denkt dat Heer F. te fijngevoelig is: 'Te zacht tussen al die mannen, misschien is hij vrouwelijk gezelschap gewend.'

Hoewel Heer F. wel wat uit de groep viel, leverde hij geen problemen op. Hij was beschaafd en paste zich goed aan, was dankbaar.

Conclusie. Op deze mannenzaal wordt de a-typische situatie waarin de mannen verkeren in drie van de zes gevallen vrij gemakkelijk hanteerbaar gemaakt: zowel heer F., als heren D. en C. bieden duidelijke situaties aan waarin men wéét te handelen. Heer A. is een uitzondering: hij blijft a-typisch, als een raadsel, een schemerachtige toestand. Heer D. blijft eveneens moeilijk omdat hij opdringerig en brutaal is. Hij is geen vertrouwde figuur op de zaal.

6.3.2. De relevantiestructuren in het leven van de patiënten en het personeel

Evenals in de analyse van de vrouwenzaal zal ook hier worden nage-

gaan in hoeverre de betekeniswereld van de patiënt en die van het personeel relevant zijn voor elkaar en zal naar de intersubjectiviteit van beide zingevingsgebieden worden gezocht.

A. De betekeniswereld van de patiënten

Heer A. Het is bijzonder moeilijk de betekeniswereld van Heer A. te onderkennen. Hij zegt zelf dat hij aan niks denkt. Hij wordt beheerst door de pijngevoelens en de onzekerheid over het vlekje op de longen.

Over zijn zoon, die regelmatig op bezoek komt, spreekt hij niet. Wél over zijn huis: 'Daarover heb ik zorgen.' Vlak voor zijn dood zegt Heer A.: 'De dokter wist zelf niet eens wat ik had.'

Het valt de zoon ook op dat vader niks meer zegt: 'Ik ben veel brutaler. In het ziekenhuis zei vader al als iemand een bloeding had: "Dat is mijn voorland." Volgens mij verrekt hij van de pijn.'

Heer A. vertelt niets over zijn kamergenoten. Omgekeerd vertellen ze wel iets over hem. Heer C. beschrijft zijn medepatiënt als een dooie pier: 'Hij heeft pijn aan de schouder maar daarom hoeft je je ogen nog niet dicht te doen?' Later zegt Heer C. dat zijn kamergenoot schijndood is: 'Hij spuugt in de wasbak en trekt niet door in het toilet.' Ook Heer D. heeft niet veel aan Heer A.: 'Hij zegt de godganse dag niks, niet eens goede morgen.' En Heer F. bericht: 'Heer A. schijnt iets in de rug te hebben, hij zegt bijna niets, gaat in zichzelf op.'

Er zijn uit de gesprekken en de interacties met de zoon en de medepatiënten geen conclusies te trekken over de betekeniswereld van Heer A. Het enige wat opvalt is, uiteraard náást de hevige pijn en onzekerheid, de situatie thuis. Zoals we weten uit de analyse van het atypische, was Heer A. thuis opgewekt en praatte hij veel.

Heer B. 's situatie in het verpleeghuis heeft maar kort geduurd. Hoewel hij véél pijn in het ziekenhuis heeft gehad en nóg heeft in het verpleeghuis, gaat er een zekere rust van hem uit. Hij vertelt: 'Ik heb in feite een goed leven gehad, reusachtig met mijn tweede vrouw en stiefkinderen. Ik heb wel honderd maal in het ziekenhuis geschreeuwd: "Lieve moeder in de hemel, help me. We hebben gezondigd." Maar dat laat ik aan de grote baas over, ik prakkezeer daar nooit over' (het doodgaan).

Zijn echtgenote beschrijft haar man als moeilijk 'maar dat is niet erg, hij was ook lief'. De stiefkinderen vinden dat pa wél heeft genoten in het leven.

Enkele medepatiënten spreken ook over hem. Heer C. zegt, toen Heer B. al in het ziekenhuis was: ' 't Was een lastige man, zo van, waar heb ik dat aan verdiend, was ik maar dood en zo.' En Heer D.: 'Ben blij voor hem dat hij weg is, 't wordt toch niks, 't was een hele

goeie slager.'

De betekeniswereld voor Heer B. ligt in zijn herinnering aan het goede leven dat hij gehad heeft waarin zijn tweede vrouw een grote rol speelt en nog speelt. Verder speelt zijn reeds lang geleden overleden moeder een rol: deze wordt door hem in nauw verband gebracht met de zonde die 'we' hebben gedaan.

Voor zijn kamergenoten is hij niet van bijzondere betekenis geweest. Hij schijnt op hen een klagerige indruk te hebben gemaakt.

Heer C. Deze patiënt vertelt dat zijn longfunctie zó gering is dat hij niets meer kan. Het is moeilijk te begrijpen wat zijn eigen huis en vrouw voor hem betekenen. Hij spreekt er negatief over: hij is in het verpleeghuis omdat zijn vrouw het niet aan kan met hem; bij haar moet alles in de puntjes wezen. Het bevalt hem wel in het verpleeghuis: thuis is het maar afwachten. Hij zegt: 'U praat nog maar eens met mijn vrouw.'

In het verpleeghuis kijkt hij uit het raam, naar de eendjes en 's avonds naar de t.v. Hij heeft geen contact met medebewoners op de zaal. 'Heer B. was lastig,' zegt hij en 'Heer A. een dooie pier.' Later vertelt hij over enkele 'schijndooien' op de zaal. Omgekeerd zegt Heer D. over hem 'geen gesprek mee te voeren,' en heer F. zegt: 'Heer C. is een eenvoudige ruwe kerel, goeie vent.'

Zijn vrouw typificeert hem 'als eigenlijk al dood, voor het leven weg, hij vraagt nooit iets, ook niet naar mij, geen enkele belangstelling'. Zij wordt erg onrustig bij de gedachte dat haar man thuis zou komen.

De betekeniswereld van Heer C. schijnt zeer beperkt te zijn. Anderen (vrouw en kamergenoten) spelen, om welke reden ook, geen belangrijke rol. Het bevalt hem wel zijn eigen gangetje te gaan en te kijken naar de eendjes.

Heer D. heeft een zéér moeilijke tijd in het ziekenhuis achter de rug. Zijn leven wordt nog steeds beheerst door het afgezette been. In het verpleeghuis ziet hij echter weer toekomst: weer leren lopen en dan naar 'moeder de vrouw'.

Hij vertelt dat hij vóór zijn ziekte nog hard werkte (bouwwak). Hij is betrokken bij zijn vrouw: 'Wij hebben moeilijkheden met de schoondochter, mijn vrouw loopt elke dag twaalf kilometer om zichzelf af te reageren.' Omgekeerd zegt zijn vrouw: ' 't Is een héél goeie kerel, hij wordt weer de oude.' Zijn vrouw ziet de toekomst goed: 'Gezellig, we redden het samen wel. Voorál,' zegt ze, 'als ik éérs naar de kerk ga.'

De Heer D. vertelt dat hij altijd onder de mensen heeft gezeten: 'Ik

neem ze zoals ze zijn.' Over zijn kamergenoten zegt hij: 'Heer F. komt uit een heel ander milieu, voor Heer E. heb ik moeten zorgen ('s nachts onrustig). Heer A. zegt niks, en met Heer C. is geen gesprek te voeren. Je moet jezelf vermaken,' zegt hij, 'als je hier moest blijven had ik liever meteen een spuitje.'

Zijn kamergenoten spreken weinig over hem (Heer D. was veel van de kamer om te oefenen). Heer F. vindt Heer D. wel aardig, reëel, Heer E. spreekt over 'die man met een been minder'.

Heer D.'s leven ligt bij zijn vrouw en in zijn eigen levensfilosofie: je moet de mensen nemen zoals ze zijn en je moet er wat van maken. In het verpleeghuis komt hij niet tot het vormen van wij-relaties: In het verpleeghuis sta je stil!

Heer E. Heer E. is steeds kortademig. Hij beschrijft zichzelf als moedeloos, hij kan het niet verwerken dat hij in het verpleeghuis zit: 'Voor mijn part spring ik van het balkon af.' Hij is op een 'negatieve' manier betrokken bij vrouw en kinderen: het is de schuld van zijn vrouw dat hij hier is en zijn zoon heeft zijn auto niet klaargemaakt, zodat hij niet kan rijden: 'Ik heb het niet verdiend om in de problemen gegooid te worden,' zegt hij. Hoewel hij de problemen in het verpleeghuis groot vindt, is zijn toekomst thuis ook niet veel: 'Thuis zitten voor de ramen, wat moet een mens op deze leeftijd?' 'Toch,' zegt hij, 'ben ik hier de vrolijkste op de zaal.'

Zijn vrouw vertelt dat het voor haar een hele opoffering is als haar man thuis is. 'Ik ben het leven zat,' zegt ze, 'hij kan maar beter in het verpleeghuis blijven.'

Over zijn kamergenoten zegt Heer E.: 'Er liggen een paar stakkers, geen contacten, ik ga om met Heer Z.' (andere kamer).

Heer F. zegt over hem: 'Hij heeft rare, ordinaire humor, die liggen mij niet.' Heer D. heeft 's nachts op hem gelet.

De betekeniswereld van Heer E. ligt in de negatieve, agressieve wijze waarop hij de wereld rondom hem beleeft. De wijze van benadering van zijn vrouw, zijn zoon, de professor van vroeger (longarts) en de maatschappelijk werkster in het verpleeghuis zijn allen in zijn ogen verkeerd: waar heeft hij dat aan verdiend?

Heer E. heeft door deze houding weinig wij-relaties meer kunnen handhaven of kunnen opbouwen.

Heer F. Het leven van Heer F. wordt door hemzelf op de volgende wijze getypificeerd: 'Naarmate het leven je méér afneemt, ben je gedwongen méér te zijn. Ik heb dit van de dichter Bloem.' Toen hij enige jaren hiervoor zijn vrouw verloor heeft hij dat ook tegen zichzelf gezegd: 'Nú moet je het waar maken.' 'Ik ben daar evenwichtiger door

geworden,' zegt hij.

Van de kamergenoten zegt hij dat hij met niemand contact zal kunnen krijgen. 'Maar,' zegt hij erbij, 'als het er op aan komt, kan ik ook zónder contact.'

Hij vindt Heer E. wat 'raar', Heer D. is wel reëel, Heer C. is een eenvoudige man en Heer A. zegt niets.

'Ik heb wel een goed contact met Mevr. L' (andere afdeling), zegt Heer F., 'ik wil in godsnaam ook iets goeds zeggen.'

De zoon van Heer F. benadrukt dat vader zo graag alléén wil liggen, voor meditatie. 'Vader is zeer hoogstaand, hij mist intelligentie en diepte op de zaal.'

De kamergenoten noemen Heer F. nauwelijks. Alleen Heer D. zegt: 'Je kunt zien dat Heer F. uit een ander milieu komt.'

De betekeniswereld van Heer F. ligt in een sterke of diepe, eigen levensovertuiging. Vanuit deze overtuiging zijn er wel wij-relaties mogelijk (zoon en Mevr. L.) doch niet met de kamergenoten. Volgens zijn principe mag hij niet klagen op de zaal doch de zoon benadrukt dat het voor vader erg moeilijk is.

Conclusie. Deze mannenzaal geeft een ander beeld te zien dan de hier-voor besproken vrouwenzaal. Opvallende aspecten van deze zaal:

1. Er zijn nergens aantoonbare 'bereikbare' wij-relaties tussen de mannen op de zaal. Ieder van de zes mannen is op eigen manier zijn weg gegaan.
2. Voor sommige mannen is er een duidelijke wij-relatie: Heer F. met zoon en Mevr. L., Heer D. met echtgenote, Heer B. met echtgenote en verder voor Heer B. met zijn overleden moeder (niet herstelbaar). Bij Heer A. is geen wij-relatie met de zoon aantoonbaar, wél met zijn huis (met de dingen waar hij en zijn vrouw vroeger mee zijn omgegaan). Bij de heren C. en E. is er sprake van een nauwelijks herstelbare wij-relatie met echtgenotes.
3. Het personeel wordt (dit is in het bovenstaande niet vermeld) door de heren getypificeerd op de volgende manier: lief, geen last van, nergens over te klagen, soms maak je een lolletje.

B. De betekeniswereld van het personeel

De personeelsleden op deze afdeling zijn blij met het werk in het verpleeghuis. De meeste van hen zien positieve kanten. Zo vindt de afdelingsarts het werk boeiend, hij heeft geen behoefte aan resultaten, hij gaat het beste om met kinderen en oude mensen. Het afdelingshoofd die vroeger in een psychiatrisch ziekenhuis werkte zegt dat het dáár veel deprimerender werk was. Het subhoofd vindt het werk

fijn om de sociale contacten. Opmerkelijk is de uitspraak van de fysiotherapeut: 'Oude mensen zijn dankbaarder dan jonge mensen: ze kunnen terugkijken, het hóéft allemaal niet meer zo erg.'

De instructiezuster vond het ziekenhuis opgewekter dan het verpleeghuis, maar ze kan hier veel voor oude mensen doen. Ook de leerling vindt oude mensen leuk; dankbare mensen.

Hoewel ook hier, evenals op de vrouwenzaal, het personeel goed gemotiveerd is voor het werk omdat het zulk dankbaar werk is, wordt de opvatting over het werk toch verschillend geïnterpreteerd.

De afdelingarts die niet zoveel resultaten behoeft te zien, zegt tóch dat de reactieerbare groep patiënten (= 1/3) het hem mogelijk maakt zich voor de niet-reactieerbare groep (= 2/3) in te zetten. Het afdelingshoofd vindt de contacten met de patiënten het belangrijkste, hoewel het hem onduidelijk is wat de behoefte van de patiënten zijn. De fysiotherapeut zegt dat de contacten 'puur' in de werksfeer liggen, ook de instructiezuster vindt dat er soms te veel aan therapie wordt gedaan. 'Je moet er steeds achter aan,' zegt ze, 'om de stille mensen niet te vergeten.'

Conclusie. Opvallend is ook hier dat de meeste personeelsleden het werk fijn vinden wegens de dankbaarheid van de oude zieke mens en wegens het feit er 'iets' voor te kunnen doen. Dat 'iets' wordt ook hier weer verschillend uitgelegd. Opnieuw doet zich de vraag voor of het 'iets' dat het personeel voor de patiënt doet relevant is voor de betekeniswereld van de patiënt.

6.4. DE TWEEDE VROUWENZAAL – AFDELING T

6.4.1. Het a-typische of het onvertrouwde van het ziek zijn en van het verpleeghuis en het meester worden van de situatie

A. De patiënten

Mevr. G., 84 jaar, weduwe, invalide t.g.v. reeds enkele jaren bestaande ernstige 'slijtage' in de heupgewrichten, bovenarmfactuur, is dementerend, verplaatst zich in rolstoel.

Patiënte vertelt vóór opname:

'Ik vind bejaarde mensen niet zo belangrijk – een handwerksman met een zere arm moet toch éérder kunnen werken? Aan een schoudergewricht zit veel vast. Ik zwaai wat met de armen, soms lukt het de arm naar boven te krijgen. De dokter kan er niets aan

doen. Tegen arthrose ook niks te doen.'

'Ik weet niet hoe "H" (verpleeghuis) is, ik weet niet waarom ik er naar toe moet: de huisdokter wil me zeker wat opvrolijken. Besteedt u nog kennis en wetenschap aan iemand van 84 jaar?'

Patiënte vertelt tijdens opname:

' 't Is hier een beetje saai, mensen reuze vriendelijk maar je voelt je toch "uit het land". Qua ziekenhuis is het hier uitstekend. Personeel niet uit de hemel gevallen: je moet niet aan het "heilige uur" van de koffie komen. Heb nu een kinderledikantje omdat ze bang zijn dat ik er uit val. Ik vertrek vanmiddag, het heeft geen zin hier te zijn.'

Mevr. G.'s situatie is níét onvertrouwd door de arthrose of de fracturen (daar is tóch niets aan te doen, voor bejaarden is het ook niet nodig er iets aan te doen), doch wel door de overplaatsing naar het verpleeghuis. Zij voelt zich dan 'uit het land'. Het verblijf in het verpleeghuis is voor haar dermate onvertrouwd gebleven dat ze iedere dag weg wil. (Patiënte probeerde iedere dag de koffers te pakken doch kon vanuit de rolstoel de kleren niet uit de kast halen).

Mevr. H., 73 jaar, gehuwd, klein mager vrouwtje, die acht maanden geleden een attaque heeft doorgemaakt waardoor een eenzijdige verlamming is blijven bestaan.

Patiënte vertelt vóór opname:

'Ik kan niet lopen, heb nu een wagentje voor één hand (kan ze zelf mee vooruitkomen). Heb een akelige buik, vroeger is er een nier uitgehaald en ik heb een pace-maker. Ik kan met één hand geen huishouding doen of zelf naar toilet gaan (huilt even). Als ik wat ga lopen, ben ik tevreden — kan ik kopjes wassen.'

' "In dit verpleeghuis zou goede revalidatie zijn," zei de huisarts. Die zei: "Ga dáár maar heen als ze je willen helpen." Als ik maar weer uit het wagentje kom.'

Patiënte vertelt tijdens opname:

'Heb het hier best. Ik verveel me nooit. Met 'n zessen op de kamer is gezellig. 't Zou erg zijn als Henk (echtgenoot) alleen achter bleef (huilt even). We zouden het thuis zo leuk kunnen hebben: samen wandelen en een kopje koffie ergens drinken: maar je doet het

jezelf niet aan. Maar ik mag niet mopperen hoor, morgen is hier weer een modeshow.'

De lichamelijke misère van Mevr. H. zou opgelost zijn als ze weer zou kunnen lopen en daardoor weer bij haar man zou kunnen zijn. Dit onvertrouwde blijft bestaan, doch het verpleeghuis is voor haar wel vertrouwd geworden: gezellig met z'n zessen op een kamer.

Mevr. I., 74 jaar, ongehuwd, niet zieke, levendige dame, met een heupfractuur.

Patiënte vertelt vóór opname:

'Ik moet leren lopen, weet u, ik ben niet ziek. 't Liefst ging ik naar huis maar dat mag niet van de chirurg. Je hebt ook meer mogelijkheden in "H" dan in ziekenhuis. Ze zeggen dat ze je daar weer snel op de been helpen.'

Patiënte vertelt tijdens opname:

'Eerste dag dacht ik: eruit, al die narigheid, maar toen dacht ik, ik heb geen erge kwaal. Ik was eerst vreselijk geschokt wat ik hier zag, al die stumpers: de erge patiënten zouden gescheiden moeten zijn van de minder erge: dit is niet genezing bevorderend. Die ene kamer van zes: héél erg, steunen, klagen, huilen.'

(Na vertrek uit verpleeghuis) 'Dierbare herinneringen: de opgewektheid waarmee ieder nog wil leven. Ik schoof de narigheid van me af maar ik heb er veel geleerd, door mijn eigen dingen niet belangrijk te vinden. Nú denk ik vaak' "Het was heerlijk verzorgd te worden." ' 'k Had geen contacten met het personeel, wél met de werkster die 's morgens kwam en de koffiejuffrouw. Verder was er eigenlijk niemand.'

De, in vergelijking met andere patiënten weinig bedreigende situatie van Mevr. I., wordt in het verpleeghuis wél bedreigend. Hoewel ze later (thuis) dierbare herinneringen heeft, blijft het schokeffect (vreselijk, al die stumpers) min of meer bestaan; ik schoof de narigheid van me af. Het enige 'vertrouwde' bleek voor haar het verzorgd worden. Heerlijk.

Mevr. J., 49 jaar, gehuwd, gecompliceerde bovenbeenfractuur, niet ziek.

Patiënte vertelt vóór opname:

Mevr. J. is méér betrokken bij de procecedure van het ontslag uit het ziekenhuis en bij haar man dan bij haar kwaal. 'Elke keer dat die specialist op bezoek kwam, dacht ik, wat hoor ik nú weer? Dán zegt hij, je kunt wel naar huis, een andere keer: je kunt wel naar revalidatiecentrum, dán naar verpleeghuis. Je gaat aan je "eigen" twijfelen. Soms denk ik, het is uitzichtsloos: nog dertien weken, maar dat mag ik niet zeggen voor hem (echtgenoot).'
'Dat verpleeghuis "H" ken ik: erg deprimerend. Ook gevraagd naar andere huizen. Maar ik moest uit het ziekenhuis. De specialist zei: "De bedden moeten leeg van de staatssecretaris."' '

Patiënte vertelt tijdens opname:

'Moeilijk hier in het begin — ál die ellende om je heen. Je zou je "eigen" willen afsluiten als je al die stakkers zag. Hele dag zitten ze voor het raam, wat een eenzaamheid. Later zie je het anders — dan zie je meer de mens. Hoe langer de mensen hier zijn, hoe meer in eigen wereldje. Geen contacten hier. Wél een steuntje in de rug van de jonge arts. Heb bewondering voor de jonge zusters.'

De oplossing die aan Mevr. J.'s situatie wordt geboden (het verpleeghuis) is voor haar onvertrouwd geweest en ook gebleven. Ze wist dat "H" deprimerend was en dat bleek ook. Ze was in het ziekenhuis nog aan het zoeken naar iets anders, maar de bedden in het ziekenhuis moesten leeg (staatssecretaris).

Mevr. K., 75 jaar, gehuwd, lange magere vrouw, ziekte van Parkinson, evenwichtsstoornissen, kan niet meer lopen.

Patiënte vertelt vóór opname:

'Ik voel me niet ziek, maar ik kan niet lopen. Dat heb ik al een jaar. Ik viel ook steeds. De dokter zegt: "Er is een bloedvat verstopt."' '
'Ergens is het verpleeghuis het laatste: ze (mensen) kunnen niet meer in de maatschappij. Ik hoop er niet te blijven, zie er erg tegen op, verwacht dat er wat aan gedaan wordt. Ik ben bang en gespannen.'

Patiënte vertelt tijdens opname:

(In het begin): 'Ruim hier, prima, therapie helemaal. Niet prettig op zespersoonskamer, vooral voor mensen die er moeten blijven. Vreselijk als ik hier zou moeten blijven. Je zou leren berusten, eigenlijk moet je je hele leven leren berusten. Prima contacten hier.'

(Na 3 maanden) 'Prima bedden en therapie. Ik loop beter. Ze huilden allemaal toen ik weg ging, logisch want je maakt een paar maanden lief en leed met elkaar mee. We hebben in het verpleeghuis geleerd niet te veel aan je zelf te denken: wat dié mensen niet allemaal mankeren. Laten we dankbaar zijn.'

Patiënte ervaart het verpleeghuis niet als iets vertrouwds. Vóór de opname niet ('Ik ben bang') en ook niet tijdens de opname ('Vreselijk om er te blijven'). Toch schijnt er iets gebeurd te zijn wat boven dit onvertrouwde uitgaat: we huilden allemaal omdat we met elkaar zoveel meegemaakt hadden.

Mevr. L., 73 jaar, weduwe, kleine, zéér zware vrouw, ernstig invalide t.g.v. halfzijdige verlamming (vier maal een attaque gehad).

Patiënte vertelt vóór opname:

Patiënte ligt thuis op bed, kan niet lopen: 'Ik ben niet een saggerijn. Altijd met vreugde geleefd. Eerst was mijn man altijd ziek en later kreeg ik een lamme moeder die ik heb verzorgd.'

'Ik ben u dankbaar dat u mij helpen wilt: ze willen me daar beter maken. Er zijn daar hulpvaardige mensen en je moet er tussen twee stokken lopen.'

Patiënte is een week na opname in het verpleeghuis, na een epileptisch insult, ontslagen naar het ziekenhuis. In de beschrijving van de betekeniswereld van de patiënten zullen we op haar terugkomen.

Patiënte leefde gedurende een reeks van jaren reeds in een onvertrouwde situatie. Zij heeft zich er vertrouwd mee gemaakt. Zij is geen saggerijn.

Conclusie. De a-typische of onvertrouwde situatie waarin deze zes dames verkeren (het lichamelijk letsel) is door ieder van hen reeds min of meer vertrouwd gemaakt. *Mevr. G.*, *H.*, *K.* en *L.*, zijn reeds lang invalide en hebben er, met alle zorg en moeite mee leren leven.

Het verpleeghuis als oplossing voor hun probleem wordt door de meeste van hen als iets onvertrouwd gezien en later ook ervaren. *Mevr. G.* wil steeds weg, *Mevr. I.* moet zich blijven afzonderen van alle stakkers, *Mevr. J.* evenzo, *Mevr. K.* zou het verschrikkelijk vinden er te blijven. Alleen *Mevr. H.* is vertrouwd geraakt met haar situatie.

B. Het personeel

Mevr. G. Het afdelingshoofd vertelt dat de hele afdeling *Mevr. G.*'s situatie intens triest vindt: waar moet ze naar toe? De fysiotherapeut

vindt Mevr. G. fascinerend en toch wat triest en tragisch, soms gedesorienteerd. De instructiezuster zegt dat Mevr. G. vaak flink lastig is, ze dementteert naar haar idee (ze mag dat eigenlijk niet zeggen): ze maakt om de haverklap haar kasten leeg. De ziekenverzorgster vindt Mevr. G. een zielepoot, medepatiënten krijgen wat van haar. En toch, zegt ze, sta je toch wel even te kijken als Mevr. G. ineens vlot Frans spreekt.

Mevr. G. is een onvertrouwde figuur gebleven. Onvertrouwd op een trieste, tragische manier. Het is moeilijk te begrijpen als iemand steeds de kasten leeghaalt en weg wil.

Mevr. H. Deze patiënte is door het personeel weinig opgevallen. Alleen het afdelingshoofd heeft een opmerking: 'Hier kan Mevr. H. een heleboel, thuis liet ze zich helemaal vallen (deed ze niets). Ze heeft niet in de gaten dat ze hier moet blijven, nog niet met haar doorgesproken. Achter het vriendelijke gezicht, wél een eigen wil.'

Hoewel Mevr. H. een vertrouwde figuur lijkt te zijn (niemand noemt iets bijzonders) vindt het hoofd van de afdeling tóch dat het allemaal niet zo vertrouwd is: het schijnt dat Mevr. H. een beetje een spel speelt.

Mevr. I. Het afdelingshoofd vertelt dat de patiënten vinden dat Mevr. I. niet bij hen hoort. Zélf vindt ze 'dat zo'n vrouw je bij blijft: correct aardig, intens beschaafd, niet meer reëel in deze tijd'. Volgens de afdelingsarts had Mevr. I. een ontzettende angst voor dit huis. Ze schermde zich af van de ellende. Ook de maatschappelijk werker denkt dat Mevr. I. van de afdeling af wil, naar huis. De fysiotherapeut zegt: 'Mevr. I. is een uitgesproken zelfstandige vrouw, heeft een hekel aan het inrichtingssysteem, ze had éígen initiatief, ze werd als lastig ervaren door de gemiddelde verpleegster.'

De instructiezuster vindt dat Mevr. I. alles té mooi vond, maar ze wil er niks slechts van zeggen.

Mevr. I. is voor het personeel een 'uitgesproken' figuur. Sommigen waarderen dat positief (aardig, correct), anderen negatief (te mooi, lastig). Opvallend is dat de afdelingsarts en de maatschappelijk werker iets hebben begrepen van de angst van Mevr. I. voor de afdeling.

Mevr. J. Deze patiënte heeft de meeste indruk op het personeel gemaakt. De arts denkt dat Mevr. J. een ontzettende angst voor het huis heeft, zich van alle ellende afschermd.

Het subhoofd vindt dat Mevr. J. wél bij de zaal betrokken was: 'Bij heibel probeerde Mevr. J. te sussen. Je kunt ook leuk met Mevr. J. praten,' zegt ze.

De maatschappelijk werker vindt Mevr. J. een problematische

vrouw. 'Maar,' zegt hij, 'haar huwelijk heeft ook niet zulke jofele fundamenteën. Wat moet je daar nou mee. Ze vraagt om bevestiging.' De fysiotherapeut ziet Mevr. J. als door het noodlot getroffen en toch denkt ze zelf (volgens hem) dat haar leven er door verdiept wordt: 'Levensgevaarlijk als ze seksueel bezig gaan.' (De fysiotherapeut is bang dat het been dan opnieuw zal breken.) Verder denkt hij dat Mevr. J. in het verpleeghuis een goudhaantje is en thuis een vreemde in eigen huis.

De instructiezuster vindt dat Mevr. J. een positieve invloed op de zaal heeft, maar je ziet haar weinig: 'Ze is wat emotioneel, maar ook een stuk jonger.'

Bijna alle personeelsleden zijn betrokken bij Mevr. J. (Mevr. J. was veel jonger dan de andere patiënten en vertelde wel eens over de problemen in haar huwelijk).

Hoewel er veel verschillende ideeën en oplossingen voor Mevr. J. werden aangedreven, was ze voor het personeel méér vertrouwd dan voor andere patiënten: 'Je kon ook leuk met Mevr. J. praten.'

Mevr. K. Het afdelingshoofd zegt dat Mevr. K. wat stil was en naar huis verlangde. De maatschappelijk werker denkt dat Mevr. K. een aardige vrouw is, de fysiotherapeut vindt haar óók aardig. 'Ze is hier,' zegt hij, 'omdat ze goede verhalen over dit huis heeft gehoord. Er is optimale reactivering bereikt.'

De ziekenverzorger zegt: 'Mevr. K. wilde dolgraag naar huis, was erg op zichzelf' en de leerling: 'Mevr. K. was stil, ging veel op bed liggen.'

Mevr. K. is een vertrouwde figuur: stil, aardig, wilde graag naar huis maar hierover klinkt geen verwijt in de verhalen van het personeel.

Mevr. L. Deze patiënte die slechts een week in het verpleeghuis verbleef is weinig genoemd. Het afdelingshoofd vertelt dat Mevr. L. vanuit het ziekenhuis niet terug wilde naar het verpleeghuis. Volgens het subhoofd mocht dit niet omdat haar huisgenoot veel verwijten heeft gemaakt aan het adres van het verpleeghuis (verkeerde injectie, volgens de huisgenoot). Het subhoofd: 'Mevr. L. was een leuk vrouwtje, kort geweest.'

Conclusie. De situatie van de dames G. (gedesoriënteerd) en I. (opvallende verschijning) is niet geheel vertrouwd geworden voor het personeel. Mevr. K. en H. waren in het algemeen stille, onopvallende, aardige types die wél vertrouwd waren. Mevr. J. speelde een bijzondere rol. Enerzijds vertrouwd ('Je kon er leuk mee praten'), anderzijds onvertrouwd ('Wat moet je daar nou mee').

6.4.2. De relevantiestructuren in het leven van patiënten en personeel

A. De betekeniswereld van de patiënten

Mevr. G. geeft in haar verhaal een aantal 'werelden' of realiteiten aan waarin ze leeft of die voor háár van betekenis zijn.

In de eerste plaats is er het verleden: haar verpleegster zijn in de Eerste Wereldoorlog, de soldaten in rijen op strozakken met geïnfecteerde wonden, dat was nog wat anders dan het verpleeghuis.

In de tweede plaats haar levensovertuiging, de taak die God je geeft en de hoop en de genade Gods bij de 'overgang' (het sterven).

In de derde plaats leeft ze voor een deel in het heden, maar in het verpleeghuis is ze 'uit het land' en vindt ze het een beetje saai. Ze vindt trouwens in dat heden de bejaarde niet zo belangrijk: nog kennis en wetenschap aan iemand van 84 jaar?

Ze wil weg uit het verpleeghuis en ze heeft het op háár manier al geregeld: brieven geschreven en koffers gepakt. Ze heeft in 'H' geen mensen leren kennen.

Haar dochter vindt het altijd een beetje moeilijk te weten wat moeder precies wil.

De medepatiënten geven geen commentaar op Mevr. G.

Mevr. G. leeft in relatie met vroegere tijdgenoten en in een traditionele orde: de taak die God je geeft. Wij-relaties in het heden zijn schijnbaar niet mogelijk.

Mevr. H. Het leven van Mevr. H. draait om haar man. Zij vertelt: 'We aten altijd samen en nu moet hij naar de eetzaal (in het rusthuis) dat vindt hij vreselijk. ik wil leren lopen en kopjes leren afwassen. We hebben een goed huwelijk gehad maar wel veel zorgen.'

De medepatiënten spreken niet over Mevr. H. Haar man (een vlotte prater) wél. Hij zegt: ' 't Is een lieve schat, ze kan zó lief vragen, doe dit of dat, zodat ik geen rust kreeg. Blij dat ze hier is. Ik hoop dat ze terugkomt, anders moet onze lieve Heer haar maar gauw halen. Het leven is op deze manier vlees nog vis. Wat heeft het leven hier (in verpleeghuis) nog voor zin voor haar?'

Mevr. H.'s wereld ligt in de wij-relatie met haar man. Of deze relatie herstelbaar is is de vraag. Haar man drukt dat zó uit: als ze niet terugkomt dán moet de lieve Heer haar maar halen. M.a.w. op deze manier kan de wij-relatie moeilijk gehandhaafd blijven.

Mevr. I. Patiënte spreekt met enthousiasme over haar vroegere werk (in de kunstwereld). 'Ik ben nog steeds in de kunst geïnteresseerd,' vertelde ze. 'Mijn hele leven het gevoel gehad me voor anderen te moeten inzetten: ik heb zélf geen kinderen, dolgraag gehad.' Mevr. J.

had ik wel contact mee, een heel lief mens. De vrouw naast mij (Mevr. X.) was zo zielig, er was niemand die iets voor haar deed.'

Medepatiënten geven geen commentaar op Mevr. I.

Mevr. I.'s betekeniswereld ligt in de kunst en in de contacten die ze in die wereld heeft. Ze heeft in haar leven de relatie met eigen kinderen moeten missen.

Mevr. J.'s wereld is vooral betrokken bij haar man, die geeft nog al eens problemen, een hartinfarct gehad, nu weer een maagzweer en zij moet nu lang in het verpleeghuis blijven. 'Ze vinden het vreemd,' zegt Mevr. J. 'als je eens wilt vrijen, gelukkig heb ik valium, anders zou ik het "niet zien zitten".'

Haar man mist haar erg, zegt ze, hij heeft contact met een andere vrouw. 'Ik ben niet jaloers maar ik dacht dat ik door de grond ging' (toen ze er van hoorde).

Haar man voelt zich wat buitengesloten. Andere patiënten hebben wat aan zijn vrouw, méér dan aan het personeel. 't Zal wel even moeilijkheden opleveren als ze thuiskomt, ze heeft 22 jaar de touwtjes in handen gehad!'

De wij-relatie van Mevr. J. is waarschijnlijk wel herstelbaar doch de periode in het ziekenhuis en verpleeghuis, bedreigt deze enigszins.

Mevr. K.'s leven is ook vervuld van haar man: 'Ik zie er erg tegen op hem alleen te laten; de kinderen zeggen dat ik hem te veel verwend heb. Mijn man is nog wel goed hoor (heeft een attaque gehad) maar niet meer van vroeger, je merkt het aan de kleine dingen. Fijn dat ik hem nog heb, fijn gezin, je moet dankbaar zijn voor wat je bereikt heb in het leven.'

Ook bij deze patiënte is er weinig of geen commentaar van haar over medepatiënten en medepatiënten over háár.

Mevr. K. leeft in een duidelijke wij-relatie met haar man, die echter niet herstelbaar is (echtgenoot is sterk dementerend) en met haar gezin (wél herstelbaar).

Mevr. L.'s opmerking dat ze geen saggerijn is en met vreugde geleefd heeft, is niet geheel duidelijk. Haar leven laat nogal wat moeilijkheden zien: een steeds zieke man die ze verzorgd heeft en overleden is, een moeder die ze daarna steeds heeft moeten verzorgen wegens een verlamming en op het moment van de opname in het verpleeghuis kreeg ze bericht dat haar dochter kanker heeft. Zélf heeft ze in de loop van laatste paar jaar vier maal een attaque gehad.

Conclusie. Zoals reeds in de inleiding van dit hoofdstuk werd vermeld

was het niet mogelijk deze zes dames op één zaal te laten wonen. Alleen de dames J. en K. lagen op een zaal temidden van vier andere.

Hoewel deze opzet enerzijds te betreuren is, heeft het anderzijds een opvallend verschijnsel aangetoond: Uit de typificaties die deze zes vrouwelijke patiënten op één afdeling geven, blijkt niet dat ze elkaar gekend hebben. Vergeleken met de andere zalen waar de patiënten elkaar noemden, elkaars naam kenden en waar soms 'bereikbare' wij-relaties aantoonbaar waren, bleek bij het afzonderlijk liggen op verschillende zaaltjes niets te bespeuren van 'elkaar kennen'. Dit is des te meer opvallend als men bedenkt dat de afdeling betrekkelijk klein is (32 patiënten) en uit één gang bestaat, één eetzaaltje en één recreatieruimte, waar men elkaar dagelijks kan ontmoeten. Waarschijnlijk speelt het feit dat deze patiënten nieuwelingen zijn die in een groep terecht komen die elkaar al véél langer kennen (soms één tot twee jaar) hier eveneens een belangrijke rol. Het 'met elkaar op één zaal liggen' blijkt belangrijk te zijn voor eventuele opbouw van wij-relaties.

Op deze afdeling bleek Mevr. G. een eigen wereld te hebben die niet gedeeld werd met anderen, Mevr. H. bleek een wij-relatie te hebben met haar man, die overigens bedreigd werd als het verblijf in het verpleeghuis te lang zou duren. Verder bleek Mevr. H. wel nieuwe relaties op te bouwen in het verpleeghuis ('Gezellig met z'n zessen').

Mevr. I. had duidelijke wij-relaties met de kunstwereld en de contacten die ze dáár had. In het verpleeghuis waren géén aantoonbare relaties. Mevr. J. bleek een herstelbare wij-relatie met haar man te hebben, die enigszins bedreigd werd door de situatie van haar man. Mevr. K. had een niet-herstelbare relatie met haar man (man was dement) overigens bleek ook bij Mevr. K. dat het verpleeghuis bereikbare wij-relaties bood ('Mét elkaar gehuild, lief en leed gedeeld') en Mevr. L. bleef met al haar moeilijke wij-relaties in het verleden 'onduidelijk'.

B. De betekeniswereld in het werk van het personeel

Het personeel op deze afdeling, vooral de verplegingssector, vindt het werk vooral leuk omdat je in het verpleeghuis méér bij de patiënten betrokken bent dan in het ziekenhuis.

Het afdelingshoofd: 'Het ligt me gewoon met oude mensen op te schieten.' Het subhoofd zegt: 'Hardstikke leuk hier, veel met patiënten praten, vooral als ze het moeilijk hebben of terminaal zijn, lekker bij die mensen gaan zitten.' 'Je voelt dat je nodig bent voor de patiënt,' vindt de instructiezuster, 'zorgen voor de mensen vind ik ontzettend mooi: de voldoening.'

Ook de ziekenverzorgster en de leerling vinden het fijn en leuk 'het nauwe contact met de patiënt.'

De maatschappelijk werker ziet dat bij de verpleging: 'Zij (verplegenden) vinden bedlegerige patiënten prettiger, ze vinden afhankelijkheid fijner.' De afdelingsarts ziet het werk anders: hij moet open kunnen werken, prettig samenwerken.

Ook op deze afdeling zijn weer verschillende taakopvattingen. Het afdelingshoofd vindt eten en verzorgen het belangrijkste: 'Niet te diep wroeten, patiënten hebben vaak angst voor iets anders' (weg te moeten). Het subhoofd en de instructiezuster vinden 'doorstroming' erg belangrijk: daarvoor is nu eenmaal een verpleeghuis.

De maatschappelijk werker wil naar kleinere leefeenheden: waar je je veilig voelt, je kunt oriënteren, een welzijnsgevoel.

De arts wil ook iets aan de afdeling veranderen: het is nodig alles met de hoofdzuster door te spreken. 'Ik heb geen idee,' zegt de arts, 'hoe deze afdeling geleid wordt, op andere afdelingen is sterven een dramatisch gebeuren, hier zeggen ze: "Ja, die is overleden." ' Deze afdeling is voor de arts bijna een 'dode' toestand.

Conclusie. Het beeld dat van de hiervoor gaande afdelingen werd geschetst, herhaalt zich hier in meer of mindere mate. De betekenis van het werk ligt, vooral bij de verpleging, in het fijne, dankbare, het leuke.

De taakopvattingen liggen nogal verschillend, er is zeker géén eensluidende opvatting hoe een afdeling moet werken. Voor enkele functionarissen (arts, maatschappelijk werker) is het duidelijk dat er 'iets' moet veranderen.

6.5. HET VERDERE VERLOOP VAN DE ACHTTIEN PATIËNTEN, DE SITUATIE TWEE JAAR NÁ HET ONDERZOEK

De situatie van de dames op de eerste vrouwenzaal (afd. R) is als volgt:

1. *Mevr. A.* verblijft na twee jaar nog steeds in het verpleeghuis. Zij maakt een opgewekte indruk. Als het weer het toelaat, duwt haar man haar in de rolstoel naar buiten en wandelen ze samen.
2. *Mevr. B.* verblijft thuis in tamelijk goede conditie. Komt zo nu en dan op bezoek in het verpleeghuis bij *Mevr. A.*
3. *Mevr. C.*, die heropgenomen werd in het ziekenhuis voor een tweede amputatie, is daarna naar huis gegaan. Haar man helpt haar met aankleden e.d.
4. *Mevr. D.* is tijdens de periode van drie maanden onderzoek, overleden.
5. *Mevr. E.*, komt nog steeds in het verpleeghuis voor poliklinische nabehandeling. Loopt uitstekend. Bezoekt nu en dan oude mede-

patiënten van de afdeling.

6. *Mevr. F.*, is eveneens, kort na het begin van het onderzoek, overleden.

De situatie van de heren op de mannenzaal (afd. S) is als volgt:

1. *Heer A.* is in de onderzoeksperiode overleden.
2. *Heer B.* is in het ziekenhuis, tijdens de operatie overleden.
3. *Heer C.* is éérs ontslagen naar huis, na twee maanden wéér in het verpleeghuis opgenomen, waar hij kort daarop is overleden.
4. *Heer D.* maakt het thuis goed. Komt zo nu en dan nog op bezoek bij medepatiënten (van andere zaal) in het verpleeghuis.
5. *Heer E.* is thuis bij zijn vrouw. Rijdt weer in de auto met zijn vrouw.
6. *Heer F.* is onmiddellijk na de onderzoek-periode in het ziekenhuis overleden.

De situatie van de dames op de tweede vrouwenzaal (afd. T.) is als volgt:

1. *Mevr. G.* is kort ná de onderzoeksperiode overgeplaatst naar een rusthuis voor demente bejaarden, waar ze nog steeds verblijft.
2. *Mevr. H.* woont nog steeds in het verpleeghuis. Toestand is onveranderd. Echtgenoot komt steeds op bezoek.
3. *Mevr. I.* woont in goede toestand in haar flat.
4. *Mevr. J.* leeft in goede harmonie met man en kinderen thuis. Lopen is enigszins moeilijk.
5. *Mevr. K.* woont nog steeds in een rusthuis bij haar man.
6. *Mevr. L.* is ná de ziekenhuisopname naar huis gegaan. Is kort daarna opgenomen in een ander verpleeghuis.

6.6. EINDCONCLUSIE VAN HET DEFINITIEVE ONDERZOEK

In het onderzoek is uitgegaan van de betekeniswereld van patiënten en personeel in het verpleeghuis. Daarbij werden we geleid door twee vragen van pragmatische aard nl.

1. op welke wijze maken patiënten en personeel de onvertrouwde situatie van het ziek zijn en van het verpleeghuis, vertrouwd en
2. in hoeverre is het verpleeghuis relevant voor de problematiek van de patiënt en in hoeverre is het werk in het verpleeghuis relevant voor dit verpleeghuis.

De beantwoording van deze twee vragen zou wellicht een nader inzicht kunnen geven in het functioneren van het verpleeghuis en de

'gebreken' die daarbij aan het licht zijn getreden.

Uit het onderzoek is het volgende gebleken:

Ad 1

a. Ten aanzien van het proces het onvertrouwd, vertrouwd te maken, is gebleken dat van de achttien opgenomen patiënten voor twee van hen het verpleeghuis een vertrouwde omgeving is geworden. Het begrip 'vertrouwd' betekent dat het 'typisch' is, dat men wéét hoe men zich moet gedragen en wat er t.a.v. de hulp valt te verwachten.

Dit betreft de heer C. op afd. S. die het verpleeghuis net een restaurant vindt, hij kan gaan en staan waar hij zelf wil: over het naar huis gaan zegt hij: 'Daar is het maar afwachten.'

In de tweede plaats betreft dit Mevr. H. op afd. T. die duidelijk haar mening geeft: dat 'het zo gezellig is' met z'n zessen. Ze verveelt zich niet.

Voor twee patiënten is het verpleeghuis iets vertrouwder geworden. Mevr. B. op afd. R. ziet het verpleeghuis een stapje vooruit en interpreteert 'al die karretjes' toch wel positief en Mevr. D. kan het verpleeghuis iets vertrouwder beleven doordat ze veel bidt: 'Ik bid veel daardoor is er een ommekeer gekomen.' De overige veertien patiënten geven in hun typificaties géén aanwijzingen voor een vertrouwd 'beleven' van het verpleeghuis: enkele negatieve typificaties: 'Al die stakkers', 'Niet goed je zo lang aan te passen', 'Liever een "spuitje" dan hier blijven', 'Depimerend, al die ellende' e.d.

b. Omgekeerd bleek het personeel de a-typische situatie waarin de patiënten verkeren wél 'typisch' te kunnen maken, d.w.z. hanteerbaar te maken.

Op afd. R., de eerste vrouwenzaal:

Mevr. A.: vertrouwd, heeft een veel te hoog verwachtingspatroon.

Mevr. B.: vertrouwd, is typische onderwijzeres.

Mevr. C.: onvertrouwd: maar wat 'hinken' in de brug.

Mevr. D.: vertrouwd, is solitair, stil, doch begrijpelijk stil.

Mevr. E.: is onduidelijk, doch dominerende vrouw.

Mevr. F.: anoniem.

Op afd. S., de mannenzaal.

Heer A.: onvertrouwd, blijft raadselachtig, in een schemertoestand.

Heer B.: anoniem na één week vertrokken.

Heer C.: vertrouwd, is een typische astmaproblematiek.

Heer D.: vertrouwd, heeft geen goede instelling.

Heer E.: onvertrouwd, is brutaal, cru (d.w.z. niet hanteerbaar voor het personeel).

Heer F.: vertrouwd, past zich goed aan.

Op afd. T., tweede vrouwenzaal.

Mevr. G.: onvertrouwd, dementerend.

Mevr. H.: vertrouwd, hypothetisch: zit toch wat achter dat lieve gezichtje.

Mevr. I.: vertrouwd, hypothetisch, 'is een uitgesproken figuur'.

Mevr. J.: vertrouwd, goed mee te praten.

Mevr. K.: vertrouwd, begrijpelijk stil, aardig.

Mevr. L.: vertrouwd.

Van de achttien patiënten waren er elf gemakkelijk te typificeren in een vertrouwde d.w.z. hanteerbaar gedragspatroon. Twee patiënten bleven anoniem tijdens het onderzoek en enkele, zoals *Mevr. H.* en *I.* bleken hypothetisch vertrouwd. Dat wil zeggen, bijv. in het geval van *Mevr. I.*, dat de uitgesproken wijze waarop *Mevr. I.* aanwezig was op de afdeling, twee kanten had: *Mevr. I.* zou, bij een langer verblijf, een dominerende figuur kunnen blijken (in dat geval zou *Mevr. I.* moeilijk hanteerbaar zijn). Of ze zou zich kunnen ontpoppen als iemand waar je wat aan had, zich goed aanpast, aardig was. Gedurende de periode dat *Mevr. I.* op de afdeling woonde, bleef dit onduidelijk.

Onvertrouwde, niet te typificeren, situaties leverden problemen op, zoals bij *Heer A.* op afd. S., die raadselachtig bleef en *Mevr. G.* op afd. T., die steeds maar weg wilde. Ook bij *Heer E.* op afd. S. was men blij dat deze patiënt vertrok, hij was te cru, andere patiënten klaagden er zelfs over.

Ad 2

Ten aanzien van de vragen wáár de relevantiestructuur in de betekeniswereld van de patiënten ligt (en in hoeverre het verpleeghuis daarin mééspeelde) en de relevantiestructuur in de betekeniswereld van het personeel, kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

a. In de wereld van de patiënten staan de wij-relaties centraal. Bij twee van de zestien patiënten bleek het moeilijk een wij-relatie aan te tonen. Dit waren de heren C. en E. op afd. S. Beide partners van deze heren drukken dit in feite ook uit: *Mevr. C.* zegt van haar man: 'Voor mij is hij eigenlijk al dood', en *Mevr. E.*: 'Ik ben het leven zat'.

Bij alle anderen zijn duidelijk aanwijsbare wij-relaties. Belangrijke aspecten bij wij-relaties blijken de volgende:

1. Wij-relaties blijken niet alleen belangrijk met levenspartners die iedere dag op bezoek kwamen, maar ook wanneer er ruzie mee was of wanneer er tijdelijk wat verwijdering was ontstaan: *Mevr. C.*, afd. R., *Mevr. J.* op afd. T.

2. Wij-relaties blijken eveneens van betekenis wanneer de relatie níét herstelbaar is bijv. wanneer de partner overleden was of in één geval van het onderzoek, geestelijk afwijkend. Dit bleek bijv. bij Mevr. D. op afd. R. wier man in een tehuis voor demente bejaarden verbleef, ook bleek dit bij Mevr. F. op afd. R. die vlak voor haar eigen dood spreekt over haar overleden man: ik denk iedere dag aan hem. Heer B., afd. S., heeft wel honderd maal om zijn reeds lang overleden moeder gesmeekt.¹
 3. Wij-relaties blijken eveneens van belang met eigen huis of dier. In het eigen huis waar men, sámen met de partner had geleefd en waar de stoelen, de kast, de tafel een wij-betekenis hadden gekregen. Voor Mevr. E. op afd. R. heeft het huis deze betekenis. Voor Mevr. C., afd. R. is een hond in háár gevoel een wij-relatie. Bij heer A. op afd. S. is in feite alléén maar sprake van een wij-relatie met zijn huis: op die plaats was het hem mogelijk opgewekt te praten, terwijl hij in het verpleeghuis 'zijn mond niet opendeed'.
 4. Wij-relaties zijn tenslotte eveneens van betekenis met vroegere tijdgenoten, zoals Mevr. G. afd. T., bij wie jeugdherinneringen een grote rol spelen óf met een traditionele orde: de godsdienst bij Mevr. F., afd. T., de wereld van de kunst bij Mevr. I. afd. T., en de levensovertuiging van Heer F., afd. R.
 5. Uit het onderzoek blijkt tevens dat voor verschillende patiënten wij-relaties 'bereikbaar' zijn. De dames op de eerste vrouwenzaal, te weten A., B., D. en E. bleken relaties aan te gaan in het verpleeghuis met medepatiënten. Hoe belangrijk deze soms zijn blijkt uit het feit dat Mevr. B. na twee jaar nog steeds op bezoek komt bij Mevr. A. en dat ook Mevr. E. geregeld oude patiënten op de afdeling bezoekt. Op de mannenzaal afd. S. is onderling géén bereikbare wij-relatie te bespeuren terwijl wél blijkt dat heer F. een wij-relatie aangaat met een Mevr. L. van een ándere afdeling. Op de tweede vrouwenzaal zijn enkele bereikbare wij-relaties: Mevr. H. die het gezellig vindt met z'n zessen, en Mevr. K. die bij het vertek zegt dat ze met élkaar lief en leed hebben gedeeld.
 6. Wij-relaties zijn niet aangetoond tussen patiënten en personeel. Het personeel blijft in de betekeniswereld van de patiënten 'typisch' zó of zó: aardig, lief, snauwerig, haastig, energiek, fris type e.d.
- b. Ten aanzien van de betekenis van het werk voor het personeel kunnen de volgende conclusies worden getrokken:
1. Op alle drie afdelingen wordt het werk (het verpleeghuis en het oefenen) positief tot zéér positief gewaardeerd. Men spreekt over het fijne werk, het leuke werk en vooral over het dankbare werk: 'Oude mensen zijn vaak zo dankbaar', 'Oude mensen zijn net als

kinderen', 'Voor oude mensen hóéft het niet meer zo', dit zijn enkele veel voorkomende opmerkingen die gehoord werden t.a.v. het werk voor de oudere mens.

2. Een conclusie die eveneens ten aanzien van alle drie afdelingen getrokken kan worden is de overtuiging dat er 'iets' moet gebeuren, 'iets' moet veranderen op de afdeling. Voor de één is dit het zoeken naar meer bescherming voor de patiënten, de ander wil meer met de patiënten praten, sommige willen een kleinere verpleegeenheid, wéér een ander vindt dat wat in de groep 'leeft' (personeel) niet boven tafel komt, patiënten moeten ook meer geobserveerd worden. Er blijkt zó veel verschil van opvatting over wat er moet gebeuren dat er van een éénvormig optreden van het personeel geen sprake is. Dit blijkt tevens uit de verschillende opvattingen over het belang van de disciplines. De zuster vindt de verpleging het belangrijkste, de fysiotherapeut zegt dat zijn vak dé instantie is in het verpleeghuis waar het om draait, de maatschappelijk werker zegt dat het om de emoties gaat.

De betekenis van het werk voor het personeel ligt enerzijds in de dankbaarheid die het verplegen en oefenen met zich meebrengt, anderzijds in de overtuiging dat er méér moet gebeuren dan alleen maar verplegen en oefenen. De wijze wáárop dit moet plaatsvinden is onduidelijk en niet eenvormig op de afdelingen.

6.7. DE BEANTWOORDING VAN DE VERONDERSTELLING

Uit bovenstaande gegevens uit het onderzoek zal nu getracht worden de veronderstelling te beantwoorden. Deze luidde: 'Het verpleeghuis komt niet tegemoet aan de identiteitscrisis van de patiënt omdat het personeel in het verpleeghuis de problematiek van de verpleeghuispatiënt niet op de juiste wijze interpreteert.'

Het niet op de juiste wijze interpreteren van de problematiek van de verpleeghuispatiënt, blijkt uit het volgende:

1. Aangevoerd is dat de a-typische of onvertrouwde situatie waarin de patiënt verkeert in verreweg de meeste gevallen door het personeel 'typisch' gemaakt kan worden. In het typisch maken van de situatie wordt deze voor het personeel hanteerbaar. De typificaties door het personeel gegeven zijn echter niet reciprook in die zin dat de patiënt op de hoogte is van de typificatie. De typificaties die de patiënten geven zijn geheel anders dan die van het personeel. Het niet reciprook zijn van de typificaties betekent voor de patiënt dat hij zich moeilijk kan oriënteren in het gedragspatroon van het personeel en het voor hem onduidelijk is wat hij, in de a-typische

situatie waarin hij verkeert, van het personeel kan verwachten om die situatie vertrouwd te maken.

2. Aangetoond is dat er een duidelijke discrepantie bestaat tussen het onvertrouwd blijven van het verblijf in het verpleeghuis bij bijna alle patiënten en de grote nadruk die het personeel legt op het dankbare werk. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het personeel onvoldoende heeft beseft wat het voor patiënten betekent in een verpleeghuis te zijn.

In het hiernavolgende hoofdstuk zal op deze twee conclusies worden teruggekomen waarbij getracht zal worden enkele aanzetten te vinden voor een toekomstig beleid ten aanzien van het functioneren van het verpleeghuis.

7. Conclusie

De gescheiden zingevingsgebieden van verpleeghuis en thuis zijn: een sociaal probleem

7.1. TERUGBLIK EN THEORIE

Uit onderzoekingen die er ten aanzien van het functioneren van het verpleeghuis als hulpverleningsinstituut voor oudere, zieke mensen zijn verricht, is gebleken dat een langdurig verblijf in een verpleeghuis veelal een 'verslechterende' invloed heeft op de psyche van de patiënt. In de eerste twee hoofdstukken van deze studie is aangetoond dat deze verslechtering, zich vaak uitend in apathie, verlies van initiatief, depressies, negatief zelfbeeld e.d., te wijten is aan de omgevingsverandering van de patiënt en aan de organisatiestructuur en het rolgedrag van het personeel.

In de analyses die er van deze problematiek zijn gemaakt en waarvan er enkele in het tweede hoofdstuk zijn beschreven, bleek dat de onderzoekers in de eerste plaats in hun denken uitgingen van een bepaalde organisatiestructuur of een bepaald rolgedrag waarbij daarna de invloed van die structuur of dat gedrag op de psyche van de patiënt werd bekeken.

In de onderhavige studie is getracht niet in de eerste plaats uit te gaan van structuur of rolgedrag, doch van de *belevingswereld* van de patiënten en personeel en van de wijze waarop deze in de eerste drie maanden verblijf in het verpleeghuis tot uitdrukking wordt gebracht.

Uitgangspunt van deze wijze van onderzoek was de veronderstelling dat bij een sociologische analyse van het functioneren van het verpleeghuis het belangrijker is uit te gaan van wat mensen die in het verpleeghuis wonen of werken van betekenis vinden dan wat de onderzoeker in de eerste plaats belangrijk vindt.

Bij het zoeken naar datgene wat groepen van mensen van betekenis vinden, bood het symbolisch interactionistische perspectief op de sociale werkelijkheid een goede mogelijkheid dieper op de vragen van de belevingswereld in te gaan. Het symbolisch interactionistisch denken hecht grote waarde aan de betekenisdimensie van de sociale werkelijkheid die in het interacteren tussen menselijke individuen zichtbaar wordt. Juist door het accent te leggen op het interacteren tussen individuen zal de onderzoeker, zoals Blumer het heeft uitgedrukt, er enerzijds van weerhouden worden de belevingswereld van de mens niet

te objectiveren in wetenschappelijke modellen of structuren, anderszins zal hij hierdoor niet 'vervallen' in het beschrijven van een puur subjectief beleven.

Een aspect van de sociale werkelijkheid dat door het symbolisch interactionisme is belicht en dat voor de onderhavige studie van belang is, is dat het 'zelf' of de identiteit van de mens en het 'zingevingsged' of de institutie zeer nauw op elkaar betrokken zijn. Dit gegeven is daarom van zoveel belang omdat in het onderzoeksproject sprake was van een scheiding tussen het 'zelf' en het 'zingevingsged': patiënt en thuis.

In het verlengde van het symbolisch interactionisme bleek eveneens de fenomenologische sociologie van Alfred Schutz een hulpmiddel te zijn bij het zoeken naar de beleavingswereld van de patiënt en personeel. In het denken van Schutz wordt de sociale werkelijkheid niet primair gezien als een 'objectieve werkelijkheid', buiten de mens bestaand, doch juist als resultaat van menselijke zingeving en interpretatie. M.a.w. evenals in het symbolisch interactionistisch denken wordt ook in de fenomenologische sociologie van Schutz het accent gelegd op het zinvol interacteren tussen individuen waarbij *in* dit interacteren de sociale werkelijkheid gestalte krijgt. In de sociologie van Schutz bleken voor het onderhavige onderzoek twee aspecten van bijzonder belang. In de eerste plaats de beschrijving van de alledaagse leefwereld en in de tweede plaats de wijze waarop Schutz aangeeft hoe de mens in de alledaagse leefwereld de onvertrouwde, de a-typische situaties die hij dagelijks tegenkomt, vertrouwd of typisch maakt. In de alledaagse leefwereld, die prereflexief voor ieder mens aanwezig is, wordt de mens geleid door relevantiestructuren die hem in staat stellen de talloze situaties waarvoor hij in het leven komt te staan, meester te blijven. Door middel van de relevantiestructuren is de sociale werkelijkheid voor de mens in relevante zingevingsgedieden verdeeld en kan de mens ook zelf door thematisch, interpretatief en motivationeel handelen verschillende a-typische situaties, typisch maken en daarmee de situatie proberen de baas te blijven.

In de definitieve opzet van deze studie waren de volgende twee aspecten uit het denken van Schutz van belang: In de eerste plaats de vraag naar de wijze waarop patiënten en personeel de a-typische situatie waarin ze verkeerden, typisch of vertrouwd trachtten te maken, en in de tweede plaats de vraag in hoeverre het verpleeghuis een relevant zingevingsgedied voor de patiënt was in zijn situatie.

7.2. VÓÓRONDERZOEK EN VERONDERSTELLING

Uit het vooronderzoek was gebleken dat er gedurende het verblijf van de patiënten van drie maanden in het verpleeghuis, sprake was van gescheiden zingevingsgebieden tussen patiënten en personeel. De eerste indruk die in dit vooronderzoek werd verkregen was, dat het 'gescheiden' leven tussen deze twee groepen mensen werd veroorzaakt door twee factoren: in de eerste plaats bleek het lichamelijk beleven of beter gezegd, de lichamelijke betrokkenheid op het leven van de patiënt een dermate grote rol te spelen dat van de betekenis van eigen identiteit nauwelijks sprake kon zijn, in de tweede plaats bleek de relatie met familieleden of andere vertrouwde mensen buiten het verpleeghuis zéér belangrijk te zijn. Voor het opbouwen van relaties met het personeel bleek weinig behoefte te bestaan. Anderzijds was in het vooronderzoek wél gebleken dat nieuwe relaties met medepatiënten op de zaal van belang werden geacht.

De uitkomsten van het vooronderzoek waren enigszins verrassend. Met name werden wij verrast door de afwezigheid van het opbouwen van nieuwe relaties met personeelsleden terwijl patiënten onderling soms wél nieuwe relaties opbouwden. In feite vormde deze uitslag van het vooronderzoek de grondslag van de veronderstelling 'dat het verpleeghuis niet tegemoet komt aan de problemen waarvoor de patiënt in het verpleeghuis gesteld wordt, omdat het personeel de problematiek van de verpleeghuispatiënt niet op de juiste wijze interpreteert'.

Op het eerste gezicht zou het lijken of de veronderstelling ervan uitgaat dat het personeel de problematiek van het verpleeghuis wel op de juiste wijze zou kunnen interpreteren. Dit was echter niet de bedoeling van de veronderstelling. Er kan, uiteraard, geen sprake van zijn dat personeelsleden de grenssituaties van het leven, zoals het lijden, de angst, de onzekerheid voor de toekomst en het sterven, kunnen oplossen.

De stelling was als volgt bedoeld: Het niet op de juiste wijze interpreteren van de problematiek van de patiënt wordt veroorzaakt doordat het personeel zich te weinig bewust is van het proces van het *voor zichzelf* hanteerbaar maken van de voor *hén* dreigende situatie waarin het met de patiënt verkeert. Dit was de reden waarom er een analyse is gemaakt van het proces van het a-typische, d.w.z. onvertrouwde in de situatie, typisch of vertrouwd te maken, zowel in de beleevingswereld van de patiënt als in die van het personeel.

7.3. DE NIET-RECIPROKE TYPIFICATIES

Patiënten en personeel typificeerden de situatie waarin ze verkeerden op verschillende wijze. Ten aanzien van deze conclusie kan het volgende worden opgemerkt:

In de eerste plaats moet gewezen worden op het feit dat de situatie waarin de patiënt verkeert bijzonder a-typisch, zelfs dreigend is. Zowel het a-typische van het gedrag, als wel het a-typische van het lijden in de situatie van de patiënt, noodzaken het personeel de situatie zodanig te typificeren dat het hanteerbaar blijft.

In de tweede plaats dient opgemerkt te worden dat dit typificeren van het personeel pre-reflexief gebeurt: d.w.z. dat reeds lang voordat de problematiek van de patiënt theoretisch aan de orde wordt gesteld, bijv. in een teamvergadering, de situatie van de patiënt in de belevingswereld van het personeel relevant is op zijn manier: die patiënt is zus en zo, hij gedraagt zich op die wijze, dus moet ik zó handelen.

In dit pre-reflexieve handelen van het personeel in de situatie van de patiënt is er een betrokkenheid van het personeel bij die *situatie* van de patiënt aanwezig. Een betrokkenheid die hierin bestaat dat men voortdurend erop bedacht moet zijn de situatie áán te kunnen.

In de derde plaats moet gewezen worden op het gezamenlijk typificeren van het personeel. Hoewel er uitzonderingen zijn, blijkt uit de meeste typificaties van het personeel dat ze gelijkluidend zijn.

Het lijkt erop dat er op de afdelingen een 'stock of knowledge' aanwezig is (die mét elkaar gedeeld wordt) een vaardigheid en recept-kennis om de voortdurende aanwezige a-typische situaties van de patiënten te kunnen hanteren. Deze 'stock of knowledge' bestaat, gezien de typificaties van het personeel uit een mengeling van medische kennis, semi-psychologische kennis en affectieve en normatieve opvattingen.

Resumerend kan gesteld worden dat:

- a. A-typische situaties van de patiënt *noodzakelijkerwijs* typisch gemaakt moeten worden door het personeel om de situatie meester te blijven.
- b. Het typificeren van het personeel *pre-reflexief* gebeurt d.w.z. onbewust en vanzelfsprekend.
- c. In het proces van typificeren een *betrokkenheid* bij de *situatie* van de patiënt aanwezig is in dien zin dat men voortdurend erop bedacht moet zijn de situatie áán te kunnen.
- d. Het typificeren van situaties van patiënten door het personeel *gezamenlijk* gebeurt d.w.z. dat het personeel een eigen zingevingsgebied heeft opgebouwd om een afdeling te 'runnen'. Hierdoor is het voor één personeelslid bijzonder moeilijk om buiten het

'geheel van opvattingen' een eigen typificatie te geven of te ontwikkelen.

Uit deze beschrijving van de manier van typificeren door het personeel blijkt dat niet in de eerste plaats gezocht wordt naar de typificatie die de patiënt zelf geeft van zijn situatie doch naar het hanteerbaar maken en houden van de situatie voor zichzelf. Dit is één van de redenen waarom de typificaties van patiënten en personeel niet reciprook zijn. Een tweede reden is te vinden in de hiernavolgende bespreking van de tweede conclusie van het onderzoek.

7.4. HET ONVERTROUWDE VAN HET VERPLEEGHUIS VOOR DE PATIËNT EN HET DANKBARE WERK VOLGENS HET PERSONEEL

Het onderzoek heeft aangetoond dat het verpleeghuis voor bijna alle patiënten gedurende de drie maanden die ze in het verpleeghuis woonden, onvertrouwd is gebleven. Voor twee patiënten bleek het verpleeghuis een 'vertrouwd' karakter te hebben gekregen: voor de één betekende het verpleeghuis een restaurant, voor de ander bleek het er gezellig te zijn. Het onvertrouwd blijven van het verpleeghuis kan door verschillende factoren worden verklaard. In de eerste plaats bleek dat de a-typische situatie waarin de patiënt verkeerde in vele gevallen voor hun bijzonder bedreigend was. Bij enkele patiënten was het lichamenteel beleven zó sterk aanwezig dat van een 'sociaal gestructureerd zijn' bijna geen sprake meer kon zijn. Doch ook bij die patiënten bij wie het lichamenteel dysfunctioneren minder sterk op de voorgrond trad, bleek dat de onzekerheid over de toekomst en de angst een overheersende rol in hun belevingswereld speelde. In de pogingen van de patiënt om dit a-typische, dit onvertrouwde, vertrouwd te maken bleken de wij-relaties een centrale rol te spelen.

In de beleving van die wij-relaties bleek het onvertrouwde enigszins vertrouwd te worden. Het opvallende was dat het verpleeghuis voor de patiënten *relevant* was voor zover het in verband kon worden gebracht met het weer naar huis gaan: oefenen, revalideren (goede berichten over gehoord), en dán, zo snel mogelijk liefst, weer naar huis.

Soms bleek het gaan naar dat ene verpleeghuis relevant omdat het dichterbij huis was dan het ziekenhuis of omdat een belangrijk familielid gemakkelijker het verpleeghuis kon bereiken dan het ziekenhuis. Hoe belangrijk deze wij-relaties waren bleek tenslotte uit die typificaties van patiënten waar sprake was van niet-herstelbare wij-relaties doordat man of vrouw reeds was overleden.

Het bijeenbehoren van het 'zelf' van de patiënt en het zingeving-

gebied thuis werd door de typificaties die de patiënten gaven, duidelijk onderstreept. De beide 'polen' van de levenssituatie waarin de patiënt verkeert: de lichamelijke situatie met de daarmee gepaard gaande dreiging en het alleen maar 'zinnig' kunnen leven in het eigen zingevingsgebied, verklaren waarom het personeel in de typificaties van de patiënten zo weinig wordt genoemd en in feite alléén maar relevant is voor zover het goed verpleegt en oefent. Deze situatie vormt mede de reden waarom de typificaties van patiënten en personeel niet reciprook zijn: beide groepen leven in een eigen zingevingsgebied, waarbij opgemerkt kan worden dat ieder van deze twee groepen nauwelijks wéét heeft van elkaars betekeniswereld. Het dankbare werk waarover het personeel spreekt kan o.i. alleen verklaard worden vanuit het zéér concreet verplegen en oefenen met daarbij een voorbijzien waar het voor de mens in feite omgaat: zinnig te kunnen leven en sterven.

7.5. AANZETTEN VOOR EEN MOGELIJK TOEKOMSTIG BELEID IN HET VERPLEEGHUIS

Bovenbeschreven analyse en beschouwing over de betekenis van het interacteren tussen patiënten en personeel is uiteraard niet volledig en heeft ook slechts betrekking op de beperkte duur van drie maanden in het verpleeghuis. Allereerst dient opgemerkt te worden dat uit de typificaties van het personeel blijkt dat het niet alléén het werk dankbaar en fijn vindt, doch dat er ook bij velen van hen een duidelijke aanwijzing bestaat dat er 'iets' moet gebeuren of veranderen. Men voelt dat er iets moet gebeuren doch men weet niet precies wat. Dit onbehagen over het niet goed functioneren wordt niet alleen in het onderhavige verpleeghuis gevoeld doch alom in den lande. De vele literatuur die er de laatste tijd verschijnt over stervensbegeleiding, euthanasie, teamverpleging, groepsdynamica, duiden erop dat men allerwege wil proberen de problematiek van de patiënt in het ziekenhuis, doch vooral ook in het verpleeghuis, beter te begrijpen.

Enkele aanzetten tot verbetering van de begeleiding van de verpleeghuispatiënt die elders zijn gegeven zullen hier in het kort worden weergegeven omdat wij menen dat de opvatting die de hierna te noemen schrijvers weergeven, vaak veel weerklank vindt.

7.5.1. Enkele aanzetten van elders

De psycholoog Thijs Peeters heeft in een voordracht over het Hospita-

lisatie-syndroom¹ zijn visie gegeven over de nadelige invloeden die er van het verpleeghuis uitgaan en de mogelijke therapeutische benadering daarbij aangegeven. Zijn visie is sterk beïnvloed door het denken van Maslov en Rogers. Peeters stelt 'dat in de hospitaliserende setting een aantal condities worden gerealiseerd welke door Maslow verantwoordelijk worden geacht voor een negatieve zelfbeleving, een negatieve zelfwaardering en daardoor een blokkering van de zelfrealisatie en zelfactualisatie'. Nadat hij omschreven heeft op welke wijze de mens in het verpleeghuis belemmerd wordt zichzelf te zijn (onderscheid staf en patiënten, de hulpbehoevendheid en afhankelijkheid van de patiënt en de ondergeschiktheid aan de staf, de regeling van bovenaf, het gebrek aan privacy), kortom vrijwel alle aspecten die Goffman in zijn *Asylums* heeft beschreven, komt Peeters toe aan de anti-hospitaliserende therapie. Hierbij gaat hij uit van de 'non-directed'- of 'client centered'-therapie van C. R. Rogers. De belangrijkste elementen van deze therapie zijn de volgende:

- a. Bevorder initiatief en zelfstandigheid van de patiënt. Moedig eigen verantwoordelijkheid aan, laat hem zelf beslissen.
- b. Bevestig de patiënt in wie hij is en in wat hij kan, zodat hij zich een mens, een uniek mens, voelt met eigen identiteit, laat hem in zijn waarde, zijn eigenwaarde.
- c. Om deze houding t.o.v. de patiënt aan te nemen is het nodig 'empathie' te bezitten, niet als kunstje, doch als levenshouding, als diepe attitude.
- d. Men moet constant bereid zijn in de huid van de ander te kruipen, terwijl men toch zichzelf blijft met eigen gevoelens en belevingen.

Tot zover enkele opmerkingen over de therapeutische grondhouding die Peeters in zijn voordracht heeft gegeven. Wij menen dat in het zoeken naar een betere begeleiding van de verpleeghuispatiënt vaak gedacht wordt in de terminologie zoals die hierboven is weergegeven nl. in die van Maslow en Rogers.²

In het licht van bovengenoemd onderzoek kunnen tegen deze benadering enkele bezwaren genoemd worden:

1. Het is onjuist te spreken van 'therapeutisch gedrag', zeker wanneer hier van psychotherapeutisch gedrag sprake is, alsof de patiënt psychisch afwijkend zou zijn. De patiënt in het verpleeghuis is niet psychisch ziek doch verkeert in een probleemsituatie die voor een deel *sociaal* wordt veroorzaakt nl. door het verlies van eigen zingevingsgebied. Dit blijkt uit de grote betrokkenheid van alle patiënten in deze studie bij het *thuis zijn* en het onvertrouwde karakter dat het verpleeghuis gedurende de drie maanden opname, voor hen blijft behouden.

2. Het is niet mogelijk zich in te denken op welke wijze een personeelslid een empathische, diepe attitude t.a.v. de crisissituatie waarin de patiënt verkeert, met name wat de lichamelijke situatie betreft, aan kan nemen. Wij hebben willen aantonen dat het personeel voortdurend bezig is de situatie van de patiënt voor zichzelf meester te worden i.p.v. voor de patiënt.
3. Personeelsleden functioneren nimmer alléén, zoals een psychotherapeut in de relatie met één cliënt, doch steeds in een groep. De opvattingen en normen die de groep personeelsleden op een afdeling van een verpleeghuis hanteert zijn van beslissende betekenis voor de opvattingen en normen van het ene personeelslid.

Een tweede voorbeeld van zoeken naar nieuwe vormen is te vinden in de opvattingen over 'teamverpleging'. In een brochure getiteld *Hulp-relatie verpleegkundige-patiënt, in de teamverpleging*³ geven enkele schrijvers aan welke de grondgedachten van de teamverpleging zijn.

Deze grondgedachten zijn voornamelijk beïnvloed door Parsons idee over het rolgedrag en door Rogers. Vanuit het rolgedrag van de patiënt (zoals die reeds in het tweede hoofdstuk van deze studie aan de orde werd gesteld) nl.:

1. De patiënt is niet verantwoordelijk voor de toestand waarin hij zich bevindt.
2. Hij moet de toestand onprettig vinden en zo gauw mogelijk beter willen worden.
3. De patiënt moet deskundige hulp zoeken.

De maatschappij, redeneren de schrijvers, stelt hier tegenover dat hij niet hoeft te voldoen aan de eisen die aan niet-zieken worden gesteld en zij vragen zich af welke de rol- en positieverwachtingen van de patiënt in het ziekenhuis zijn, zoals deskundigheid, goede informatie, begrip, samenwerking. Tegenover het rolgedrag van de patiënt wordt de rol van de verpleegkundige gesteld. Eén van de belangrijke taken van de verpleegkundige blijkt te liggen in de emotionele ondersteuning van de patiënt en de begeleiding in zijn rol als patiënt. In de functionele samenwerkingsrelatie tussen patiënt en personeel staat ook hier weer het denken van Rogers centraal als wezenlijk voor een hulprelatie:

1. Hulp moet betrouwbaar zijn en als zodanig overkomen bij de ander.
2. De relatie moet echt zijn, realiteitskarakter tonen.
3. Men moet positieve gevoelens ten aanzien van de ander durven laten blijken.
4. Men moet eigen gevoelens los zien van de gevoelens van de ander, om dieper op de zijne in te kunnen gaan.
5. Men moet de ander zijn eigenheid laten behouden, de vrijheid

geven anders te zijn.

6. Men moet proberen zó diep in te gaan in de gevoelens van de ander dat je ze ziet zoals hij ze ziet: dit is diep empathisch begrijpen.
- Tot zover deze, reeds eerder geciteerde gedachtengang van Rogers.

Ons bezwaar richt zich, ten aanzien van deze grondgedachte van de teamverpleging, voornamelijk tegen Parsons functionalistische idee m.b.t. rolgedrag van patiënt en personeel. In zijn analyse van patiënt en arts wijst hij erop dat de patiënt zich in de sociale positie waarin hij verkeert zich afhankelijk gedraagt en de arts daarbij een complementaire rol speelt: affectief neutraal, collectief en functioneel.

In de analyse van de interacties tussen patiënten en personeel gedurende drie maanden in een verpleeghuis is aangetoond dat in de interacties tussen patiënten (en familie) en personeel er sprake is van een veel rijker zingevingsgebied dan Parsons wil doen geloven. Het lijden, de angst, de onzekerheid spelen, zowel in de beleavingswereld van de patiënt als in die van het personeel een dermate beslissende rol in het interacteren dat het onjuist is deze aspecten van de menselijke werkelijkheid weg te laten.

Beide aanzetten tot een betere vorm van begeleiding van patiënten zijn enerzijds genoemd omdat ze veel weerklank vinden in de gezondheidszorg in Nederland, anderzijds om aan te duiden dat een aanzet tot een verandering van een beleid in het verpleeghuis op grond van bovenbeschreven onderzoek in een andere richting gezocht zal moeten worden.

7.5.2. Eigen aanzet

De opzet van dit onderzoek is geweest te analyseren op welke wijze het verpleeghuis als institutie functioneerde, d.w.z. op welke manier de hulpverlening aan de oudere zieke mens in het verpleeghuis gestalte krijgt. Hierbij waren wij met name geïnteresseerd in de vraag of deze hulpverlening begrijpelijk, zinvol en effectief was. Vanuit deze optiek op het verpleeghuis als institutie zijn we tot de conclusie gekomen dat die hulpverlening niet zinvol was omdat de betekenis- of zingevingswereld van de patiënten en die van het personeel gescheiden van elkaar bleken te bestaan.

Het onderzoek heeft eveneens aangetoond welke de vermoedelijke redenen zijn waarom er sprake is van gescheiden zingevingsgebieden. Deze zijn in de volgende twee conclusies te vinden:

1. Het personeel in het verpleeghuis heeft onvoldoende besef gehad van het bijéén-behoren van identiteit en eigen zingevingsgebied (thuis) van de patiënt.

2. Het personeel is zich onvoldoende bewust geweest van het opbouwen van een eigen zingevingsgebied in het verpleeghuis dat noodzakelijk was om zichzelf te kunnen handhaven t.a.v. de dreiging die er in de situatie van de patiënt voor hen zelf aanwezig is.

Een verbetering in het beleid van het verpleeghuis moet o.i. gezocht worden in een verandering van attitude van het personeel t.a.v. bovengenoemde problematiek. In het kort zullen hierover in het volgende enkele opmerkingen worden gemaakt:

Ad 1. De identiteit van de patiënt mag nimmer alléén gerelateerd worden aan het zieke of invalide individu dat aanwezig is in het verpleeghuis, doch steeds gezien worden in samenhang met het eigen zingevingsgebied waarin de patiënt leeft of heeft geleefd. Identiteit kan niet gehandhaafd blijven zónder dat eigen zingevingsgebied.

Zoals in deze studie is aangetoond kan het zingevingsgebied van de patiënt op allerlei manieren aanwezig zijn: in de vorm van een nog in leven zijnde echtgenoot, echtgenote, kind of ander familielid, of van een vriend of vriendin. Het kan óók aanwezig zijn wanneer het zingevingsgebied in feite 'verdwenen' is, bijv. doordat het familielid overleden is: het kán dan nog een uiterst belangrijke rol spelen in de vorm van herinneringen, of in de voorwerpen die men sámen heeft gebruikt of beleefd (huis, tafel, kast e.d.), of in de normen en waarden die men samen hanteerde.

Een andere vorm van zingevingsgebied wordt gevonden in een bepaalde traditionele orde waarin men heeft geleefd en nóg leeft, bijv. een godsdienstig leven of een cultureel leven. In die orden zijn niet alleen normen en waarden en tradities aanwezig, doch ook mensen die daarin een rol spelen. Aan een ontmoeting met hen hecht men grote betekenis.

In een nieuw te voeren beleid zal er ten aanzien van dit bijeenboren van identiteit en zingevingsgebied alle ruimte en gelegenheid moeten worden gegeven om dit 'bijeenbehoren' te kunnen beleven. Verder betekent dit dat de patiënt én de persoon die voor hem het zingevingsgebied vertegenwoordigt, in de eerste plaats bepalen wat belangrijk voor hen is en *niet* het personeel.

Ad 2. Het zingevingsgebied dat het personeel gezamenlijk heeft opgebouwd heeft in feite een tweedelig karakter.

In de eerste plaats handelt het onbewust, automatisch en typificeert en etiqueetteert het situaties om het dreigende in de situatie van de patiënt áán te kunnen.

In de tweede plaats reageert het personeel vanuit het eigen zingevingsgebied normatief-therapeutisch. In de onderhavige studie zijn

vele voorbeelden te vinden van normatief-therapeutische aard: 'Patiënt verwerkt zijn ziekte niet goed', 'patiënt past zich goed aan', 'Patiënt durft niet in de toekomst te kijken' e.d.

Het therapeutisch element in het gezamenlijk optreden van het personeel is vrijwel in alle facetten van het handelen terug te vinden: van fysiotherapie tot psychotherapie. Zelfs de ontspanning draagt een therapeutisch karakter: bezigheidstherapie!

Het zingevingsgebied dat het personeel gezamenlijk heeft opgebouwd is voor dat personeel van grote betekenis: het komt tegemoet, zoals we hebben gezien, aan verlangens bij het personeel die het graag wil uitleven: de dankbare, afhankelijke patiënt speelt hierin een grote rol.

In het kader hiervan is het belangrijk te wijzen op de jonge leeftijd die het merendeel van de personeelsleden bezit (hoofdstuk 1).

Het leeftijdsverschil tussen de groep ziekenverzorgenden en de oudere zieke mens in het verpleeghuis is te vergelijken met grootouders-kleinkind. Hoewel het onderzoek hierop niet speciaal was gericht mag men aannemen dat de benadering en de beleving van de sociale werkelijkheid bij beide groepen fundamenteel verschillend zijn. In de belevingswereld van de jonge ziekenverzorgende is de behoefte en uitleving van affectieve contacten vaak sterk aanwezig; ook de behoefte aan verandering of verbetering van de werkelijkheid zonder dat er zo direct een bepaalde vorm aangegeven kan worden; bij de oude mens is de behoefte aan affectiviteit vaak meer verdiept en verstillend en is de beleving van de sociale werkelijkheid, in alle relativiteit, méér geëncadreerd in een bepaald zingevingsgebied.

In een nieuw te voeren beleid zullen er ten aanzien van het personeelsbestand en eveneens van het gedrag van het personeel bepaalde veranderingen op gang moeten worden gebracht.

In de eerste plaats lijkt het de overweging waard méér ouder personeel in dienst te nemen.

In de tweede plaats zal het personeel zich bewust moeten worden van de omstandigheid dat het voor de patiënt geen zingevingsgebied kan zijn in de zin zoals boven werd beschreven. I.p.v. een eigen zingevingsgebied te willen zijn zal het personeel, door middel van een nieuw beleid, behulpzaam moeten zijn om het zingevingsgebied van de patiënt te beschermen of in stand te houden. In dat zingevingsgebied van de patiënt staat de patiënt mét zijn familie of een voor hem betekenisvolle andere, centraal. In plaats van 'therapeutisch handelen', zouden wij dit 'sociaal handelen' willen noemen.

Aan het einde van dit onderzoek is het noodzakelijk terug te komen op de taakomschrijving van het verpleeghuis zoals die in het eerste

hoofdstuk werd gegeven. Daarbij bleek de functie van het verpleeghuis drieledig nl. het verplegen en reactiveren van patiënten, het scheppen van een optimaal leefmilieu en het begeleiden van patiënten in een terminale fase, tot de dood.

Ten aanzien van de eerste taak, het verplegen en het reactiveren kan hierover geen adequaat antwoord worden gegeven omdat het onderzoek zich niet met dit facet van het verpleeghuis heeft beziggehouden. Het is echter waarschijnlijk dat het verpleeghuis deze eerste taak goed vervult en wij menen ook dat deze belangrijke taak, gezien de lichamelijke situatie waarin de patiënt in het verpleeghuis verkeert, in toenemende mate de belangstelling blijft houden.

Ten aanzien van het scheppen van een woonmilieu en het begeleiden van stervenden, zijn wij tot de conclusie gekomen dat deze taken níét door het verpleeghuis kunnen worden vervuld zónder daarbij het belangrijkste in het leven van de patiënt het eigen zingevingsgebied, te betrekken.

Samenvatting

Deze studie betreft een onderzoek naar de hulpverlening aan oudere, langdurig zieke mensen in een verpleeghuis in Nederland. De studie gaat er van uit dat die hulpverlening tamelijk 'toevallig' in het verpleeghuis plaatsvindt. Hulpverlening aan zieken, aan armen, aan ouden van dagen heeft in de loop der eeuwen steeds plaatsgevonden, doch steeds op verschillende manieren. Van hulp door familie of bureu, tot hulp in gasthuizen en later in ziekenhuizen. De laatste twintig jaar vindt de hulp aan de langdurig zieke, oudere mens vooral plaats in verpleeghuizen.

Na de Tweede Wereldoorlog is er sprake van een toenemende vergrijzing van de bevolking met de daarmee gepaard gaande ziekte en invaliditeit. De 'oplossing' die men in Nederland voor de groep oudere zieke mensen heeft gevonden, is het verpleeghuis. In 1964 werden er 9800 mensen in verpleeghuizen verpleegd, in 1977 waren dit er reeds 44 000!

Deze oplossing heeft te maken met opvattingen die er in de maatschappij leven ten aanzien van de hulp aan de oude zieke medemens. Twee voorbeelden kunnen dit illustreren. In de gezondheidszorg heerst de opvatting dat mensen 'waar niets meer aan te doen is' niet in een ziekenhuis horen doch in een verpleeghuis. Het ziekenhuis heeft zich ontwikkeld tot een medisch-technische instelling en heeft de zorg voor de groep oude langdurig zieke mensen overgelaten aan goedwillende, enthousiaste artsen en verpleegsters. Echter, deze goedwillende mensen waren en zijn op geen enkele wijze gespecialiseerd in de specifieke problemen van de oude zieke mens en zij waren en zijn gedwongen zelf vorm en inhoud aan het verpleeghuis te geven.

Een tweede maatschappelijke factor was gelegen in de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1969) die het voor iedere Nederlander mogelijk maakte gedurende een jaar gratis in een verpleeghuis te liggen. Gigantische bedragen (miljarden) worden er voor dit doel uitgegeven terwijl de hulpverlening thuis, in de vorm van het kruiswerk en de gezinszorg, hierbij vergeleken maar mondjesmaat financieel wordt toebedeeld.

Nu de Nederlandse maatschappij méde heeft gekozen voor het verpleeghuis als oplossing voor het vraagstuk van de langdurig zieke oude

medemens, kan men zich afvragen of ze er wel zo gelukkig mee moet zijn.

In grote lijnen kan men het verpleeghuis omschrijven als een instelling die nog veel kenmerken van het ziekenhuis in zich draagt: zo is de medicus nog steeds de hoogste autoriteit. In de relatie tot de patiënt staat hij het hoogst aan de ladder en de leerling-ziekenverzorgende geheel onderaan. Ook het therapeutisch karakter dat sterk op het verbeteren van het lichamelijk functioneren is gericht, lijkt ontleend te zijn aan het ziekenhuis.

Wanneer men zich realiseert dat de opgave waarvoor het verpleeghuis is gesteld van geheel andere aard is dan die van het ziekenhuis (het verpleeghuis heeft met name tot taak een optimaal leefmilieu te scheppen voor patiënten die door de invaliditeit het verpleegtehuis niet meer kunnen verlaten én het moet daarnaast oude zieke mensen begeleiden tot de dood) kan men zich afvragen of het verpleeghuis, zoals het nu functioneert, deze problemen wel op kan lossen.

I

De volgende vraag raakt de kern van dit onderzoek: *is de hulpverlening aan de zieke oude mens in het verpleeghuis wel adequaat in die zin dat de hulp zinvol, begrijpelijk en effectief is?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is in dit onderzoek niet uitgegaan van de vraag op welke wijze het verpleeghuis is georganiseerd of met welke middelen het verpleeghuis zijn doel tracht te bereiken, doch omgekeerd van de vraag, wat patiënten en personeelsleden zélf te zeggen hebben over het leven in het verpleeghuis en vooral, op welke wijze beide groepen van mensen met elkaar omgaan. Zijn de interacties tussen patiënten en personeel zinvol of niet?

De gebruikelijke benadering van de problematiek van het inrichtingsleven waar groepen van mensen samenwonen, is hiermee verlaten. Doorgaans gaat men in de eerste plaats de organisatiestructuur van het verpleeghuis en het rolgedrag van personeel en patiënten analyseren om daarna de invloed van die structuur of dat rolgedrag op het psychisch welbevinden van de patiënt te toetsen.

In de onderhavige studie is gekozen voor die sociologische benaderingswijze die het accent legt op de betekenis der interacties. Hierbij is er van uitgegaan dat interacties tussen mensen zinvol zijn indien ze geschieden in een bepaald 'institutioneel' verband. Het is van belang aan te geven wat in dit onderzoek onder institutie wordt verstaan.

Zijderveld heeft het begrip 'institutie' als volgt gedefinieerd:

‘Een institutie is een traditioneel handelingspatroon dat aangeeft hoe men zich dient te gedragen wil men begrijpelijk, zinvol en effectief handelen.’

Op deze wijze kan men alle, grote of kleine, organisaties in de maatschappij ook als instituties ervaren: het gezin, de kerk, de fabriek en eveneens het verpleeghuis.

Interacties tussen groepen van mensen zijn zinvol, begrijpelijk en effectief wanneer ze geschieden in een samenlevingsverband dat als institutie wordt beleefd. Vanuit dit perspectief is het onderzoek opgezet. Twee fundamentele vragen kwamen daarbij aan de orde:

- a. In hoeverre functioneert het verpleeghuis voor de patiënt als een institutie, als een begrijpelijk zingevingsgebied?
- b. Wanneer mocht blijken dat het verpleeghuis niet als zodanig functioneert, welke kunnen dan de redenen zijn wáárom dit niet zo is?

II

In het hiernavolgende zal in het kort worden aangegeven met welke sociologische achtergrond deze vragen werden bekeken. Daarna zal een omschrijving gegeven worden op welke wijze deze vragen beantwoord werden.

De theoretische achtergrond van het onderzoek is gevonden in het perspectief dat het symbolisch interactionistisch denken op de sociale werkelijkheid biedt én in de fenomenologische sociologie van Alfred Schutz.

Het symbolisch interactionisme wil zicht geven op de directe menselijke ervaringswereld. In dit denken staat de betekenis der interacties centraal. ‘De ervaringswereld,’ zegt Blumer, ‘mag niet weg-geobjectiveerd worden door psychologische of sociologische denkstructuren, die werkelijkheid mag ook niet alleen subjectief worden gezien, doch die werkelijkheid moet gevonden worden in de wijze waarop ze in het handelen met elkaar gestalte krijgt.’

George H. Mead, één van de ‘vaders’ van het symbolisch interactionisme, toonde in zijn boek *Mind, Self and Society* aan dat het ‘zelf’ van het menselijk individu gevormd wordt door interacties met anderen. ‘In het zinvol met elkaar communiceren,’ zegt hij, ‘nemen wij de rol van de ander over.’ Het centrale mechanisme hierbij is ‘taking the role of the other’.

Het belangrijke in Mead’s denken is dat niet alleen het ‘zelf’ in het zinvol met elkaar communiceren gestalte krijgt, doch dat het ‘zelf’

evenééns, mede met anderen, het zingeingsgebied of de institutie waarin het leeft, helpt opbouwen. *Het zelf en de institutie* (Mead noemt dit laatste veelal de 'generalized other' of 'the organized set of attitudes of others which we all carry in us') *horen bij elkaar*. 'Het individu bezit een "zelf" alléén in relatie tot de "zelven" van de andere leden van zijn sociale groep,' zegt Mead.

De betekenis van het zinvol communiceren van het 'zelf' en het 'zingevingsgebied' zal in de analyse van de eerste vraag van dit onderzoek een belangrijke rol spelen.

Mead geeft zelf reeds in zijn boek aan dat er in de sociale werkelijkheid talloze instituties bestaan. Hij heeft zich echter niet diepgaand bezig gehouden met de belangrijke vraag, wat er gebeurt als het 'zelf' en het 'zingevingsgebied' niet bij elkaar behoren. Welke problemen ontstaan er dan?

Alfred Schutz die in zijn fenomenologische sociologie sterk door Mead is beïnvloed, is met zijn analyse van het *probleem der relevantie* dieper op deze vraag ingegaan. Waarom is voor het menselijk individu het ene zingeingsgebied relevant en het andere niet?

Schutz benadert dit probleem vanuit de analyse van de alledaagse leefwereld. Volgens Schutz is deze alledaagse leefwereld de meest fundamentele structuur van de sociale werkelijkheid. Die wereld is voor ieder mens vóórwetenschappelijk, pre-reflexief, als vanzelfsprekend aanwezig. Die wereld is typisch zó en zó en daar wordt niet aan getwijfeld. Voor ieder mens is die wereld op een bepaalde gestratificeerde wijze sociaal en cultureel historisch vóórgegeven: als een frame waarin hij en zijn medemensen op natuurlijke wijze kunnen leven. In dat frame zijn er relevante en minder relevante structuren of zingeingsgebieden voor de mens.

Relevant zijn die zingeingsgebieden die de mens, *gedreven door het pragmatische motief: hoe word ik de situatie meester*, behulpzaam kunnen zijn. Verschillende van die relevantiestructuren: hoe mijn vrouw het eten maakt, of er wel of niet een koersdaling op de beurs is, zijn voor mij niet relevant zolang het eten maar op tafel komt en zo lang ik geen aandelen op de beurs heb. Wél relevant is de huisarts wanneer ik een verstuipte enkel heb. In dat geval zal ik niet mijn accountant bezoeken.

Niet alle situaties die de mens in zijn leven tegenkomt zijn 'typisch' d.w.z. onder te brengen in gestratificeerde patronen. Veel situaties zijn juist a-typisch en moeten, om de alledaagse leefwereld vertrouwd te houden, typisch gemaakt worden. In dit proces van het a-typische, typisch maken wordt de mens door drie relevantiecategories gestuurd: In de eerste plaats wordt iets thematisch ('Wat is dat?') daarna treedt de interpretatieve fase in ('Het zal wel . . . zijn'), daarna komt

de motivationele relevantie ('We moeten . . . doen'). Het hanteren van de probleemsituatie of van het a-typische, wordt door de relevantie-categorieën gestuurd in de richting van de typische d.w.z. vertrouwde situatie.

Ook in de ervaring van de intersubjectieve leefwereld maakt Schutz onderscheid tussen typische medebewoners d.w.z. mensen die typisch bij dit of dat zingevingsgebied behoren (een typische Engelsman, een typische verkoper) en mensen die niet-direct typisch zijn, doch in de directe wij-relatie ten dele a-typisch zijn. Dit wordt veroorzaakt doordat de ander in de directe wij-relatie met een maximum aan symptomen aanwezig is. In die ontmoeting in de wij-relatie 'spiegel ik mezelf', leer ik me zelf kennen. In de wij-relatie is de ander een constitutief element voor de ontwikkeling van mijn intersubjectieve leefwereld. '*Een afbreken van de wij-relatie of een beperking hiervan,*' zegt Schutz, '*heeft ernstige gevolgen voor de normale ontwikkeling van de intersubjectieve leefwereld.*'

Bij deze, zeer summiere, beschrijving van Schutz's denken over de relevantie van de zingevingsgebieden in de alledaagse leefwereld moet nog opgemerkt worden dat een analyse van de leefwereld van de mens en wat voor hem daarin relevant is, geïnterpreteerd kan worden vanuit de *typificaties* die de mens daarover zélf geeft. In het onderhavige onderzoek zullen de typificaties derhalve een belangrijke rol spelen.

III

De twee vragen waar het in dit onderzoek om gaat zullen vanuit deze theoretische achtergrond worden benaderd. Dit betekent methodologisch dat getracht moest worden via interpretatie van de *typificaties* door patiënten en personeel gegeven, de betekeniswereld van de patiënten en het personeel te leren kennen. De meest geëigende methode hiertoe bleek de *participerende observatie* omdat deze methode de onderzoeker gelegenheid biedt via participatie, introspectie (taking the role of the other) en observatie met en van de respondenten, de symbolische betekenis die achter de gebeurtenissen ligt, het beste te begrijpen. Een belangrijke bron van informatie bij deze gevolgde methode bleken de gesprekken die er met patiënten, familie en personeelsleden zijn gevoerd. De informatie die door de typificaties die in deze gesprekken gegeven werden, werd verkregen, werd door de onderzoeker aangevuld met de informatie verkregen door observatie van de respondenten gedurende drie maanden in het verpleeghuis in alle ruimten waar de patiënten en het personeel leefden of vertoefden.

Gesprekken werden gevoerd vlak vóór de opname met de patiënt

en een familielid of een 'betekenisvolle ander', een week ná opname met de patiënt en met die personeelsleden die een belangrijke rol op de afdeling speelden en drie maanden na opname met de patiënt, het familielid en de personeelsleden. De keuze van de momenten van gesprek werd bepaald door de opzet van het onderzoek: welke betekenis patiënten, familie en personeel aan het verpleeghuis hechtten zowel voor de opname als gedurende het verblijf. In totaal zijn ruim 200 gesprekken gevoerd.

In dit longitudinaal opgezette onderzoek is gezocht naar een aantal personen die een representatieve steekproef van de te onderzoeken problematiek vertegenwoordigden. Het aantal patiënten dat in het onderzoek betrokken is geweest, is klein gehouden. In de proefopzet: zes mannen op één kamer, en zes vrouwen op één kamer en in de definitieve opzet van het onderzoek: zes mannen op één kamer en twee vrouwenzalen met elk zes patiënten.

De voor- en nadelen van de methode van de participerende observatie zijn in deze studie besproken. Een belangrijk voordeel dat de onderzoeker arts was en langdurige ervaring in het verpleeghuis had, had als nadeel dat de onderzoeker, die in het verpleeghuis een bepaalde rol vervult, een vertekening van de gesprekken met de personeelsleden teweege kan hebben gebracht (social desirability).

IV

De eerste vraag: In hoeverre functioneert het verpleeghuis voor de patiënt als institutie, als een begrijpelijk zingevingsgebied? werd in de proefopzet behandeld. Het Meadiaanse denken waarin de betrokkenheid van het 'zelf' en het 'zingevingsgebied' zo'n voorname rol speelt, stond hierbij centraal.

Bij alle twaalf patiënten en familieleden stond de vraag naar de verwachting die men van het verpleeghuis had centraal. Deze vraag achtten wij daarom zo belangrijk omdat iedere 'institutie' het leven ten dele voorspelbaar maakt. Deze vraag werd eveneens aan het personeel gesteld: 'Wat verwachtten zij van de oudere, langdurig zieke mens?'

Na drie maanden werd nagegaan in hoeverre het verwachtingspatroon was uitgekomen en op welke wijze de patiënten en familie het verpleeghuis als hulpverlener als zinvol hadden ervaren.

Ten aanzien van de personeelsleden is er in de typificaties eveneens gelet op de taakopvatting en de normen die zij gezamenlijk op de afdeling hanteerden. Ook hierbij stond de vraag centraal in hoeverre het personeel het werk in het verpleeghuis als zinvol ervaarde.

Alle gesprekken die gevoerd zijn werden volledig op de band opgenomen en zijn verkort terug te vinden in het onderzoek.

De conclusies die er na drie maanden getrokken konden worden, waren de volgende:

1. De meest opvallende was de crisissituatie waarin de patiënt in zijn leven door zijn ziekte is terechtgekomen. De sterke betrokkenheid bij het lichamelijk functioneren, het piekeren over de vraag hoe het nu wel zal worden, de angst voor de toekomst, het soms alleen maar 'doelloos' met anderen kunnen praten, het zijn allemaal kenmerken van een crisis waarvan het voor verschillende van hen de vraag is of men 'eruit' zal komen.
2. Het verwachtingsbeeld dat patiënten (en familie) van het verpleeghuis vóór de opname hebben, is ambivalent. Enerzijds wordt het beeld dat men van het verpleeghuis heeft, gekenmerkt door negatieve zaken: er zijn daar veel invaliden, krukken, het is soms angst-aanjagend, verschrikkelijk; anderzijds zijn er positieve geluiden over het verpleeghuis te horen, doch deze zijn verkregen door anderen: 't moet er goed zijn', 't is toch een revalidatiecentrum', 'er zijn zoveel apparaten'.
3. In het algemeen kan worden vastgesteld dat het verpleeghuis geen vertrouwd beeld oproept. Na drie maanden wordt het verpleeghuis ook weer ambivalent ervaren. Er zijn goede dingen, zoals het eten, de therapie, sommige zusters zijn lief en aardig, de verpleging is er goed. Er zijn ook negatieve opmerkingen: 'geen last van de zusters', 'kan me goed aanpassen', 'je raakt aan alle ellende gewend', 'er zijn veel oude mensen'. De betekenis van het verpleeghuis wordt door de patiënten voornamelijk ervaren in de goede maaltijden, de therapie en de verpleging.
4. Een belangrijke conclusie die voor alle twaalf patiënten geldt, is te vinden in de betekenis die het waardevolle (thuis, familie, overtuiging) voor hen heeft. In alle gesprekken bleek dat het leven voor hen dáárom draaide. Dit ligt voor de hand: dáár thuis of in het werk, heeft de patiënt in de loop van zijn leven zijn identiteit opgebouwd. Niettemin blijkt echter dat bij een niet goed definiëren van elkaars situatie — de patiënt in het verpleeghuis en het familielid thuis — er gemakkelijk verschillende interpretaties van die situaties gegeven worden waardoor verwijdering van de partners optreedt. Dit was met name het geval op de mannenzaal waar vier van de zes mannen hun eigen situatie anders typificeerden dan de echtgenotes. Voor enkele van deze mannen betekende dit verschillend interpreteren van de situatie het verlies van hun belangrijkste zingevingsgebied.
5. De betekeniswereld van de patiënt en die van het personeel blijken

bijna geheel gescheiden van elkaar te bestaan. De patiënten kennen na drie maanden niemand van het personeel van naam. Ook blijkt het voor hen niet duidelijk hoe de organisatie van de afdeling in elkaar zit.

Op de mannenzaal wordt één patiënt door zijn kamergenoten als aardig, hulpvaardig, charmant getypificeerd, terwijl het personeel spreekt over een bemoeizuchtig, irritant man die zich overal mee bemoeit en die de zaal domineert!

De gescheiden zingevingsgebieden van patiënten en personeel kan enerzijds worden verklaard uit de geheel eigen wereld van de patiënt waar de crisis waarin hij verkeert en de betekenis van het niet-thuis zijn, zo'n grote rol spelen; anderzijds vanuit de 'wereld' van het personeel. Men heeft, zoals is aangetoond, een vrij negatief beeld over de patiënt in het verpleeghuis en de taakopvatting is vaak affectief en normatief.

De laatste conclusie uit de proefopzet lijkt ons de belangrijkste: patiënten en personeel leven in gescheiden betekeniswerelden. Datgene wat voor de patiënt relevant is, is het voor het personeel op een andere manier.

De conclusie uit deze proefopzet lijkt te rechtvaardigen dat het verpleeghuis als institutie niet tegemoet komt aan de problemen waarvoor de patiënt in het verpleeghuis wordt gesteld m.a.w. het functioneert niet als een begrijpelijk zingevingsgebied.

V

De vraag doet zich voor wáárom de relevantiestructuren in de leefwereld van patiënten en personeel zo gescheiden zijn. Dit is geen theoretische vraag: Indien de hulpverlening in het verpleeghuis zich beperkt tot verpleging en reactivatie en zich niet uitstrekt tot datgene waar de patiënt het meest bij gebaat is nl. het handhaven van eigen identiteit, dan zal de hulpverlening onvoldoende zijn en tot verlies van eigen identiteit van de patiënt kunnen leiden.

Om deze vraag nader te beantwoorden is de definitieve opzet van dit onderzoek gemaakt. Hierbij kwam de tweede fundamentele vraag van dit onderzoek aan de orde: Welke kunnen de redenen zijn waaróm het verpleeghuis op onvoldoende wijze een zingevingsgebied betekent voor de patiënt? Deze vraag is in de volgende veronderstelling samengevat: 'Het verpleeghuis functioneert niet als zingevingsgebied omdat het personeel in het verpleeghuis de problematiek van de patiënt niet op de juiste wijze interpreteert.'

In dit definitieve onderzoek werd de benadering van de sociale

werkelijkheid van Alfred Schutz voor de analyse gebruikt. Dit betekent dat vanuit de *typificaties* die er gegeven zijn over het verpleeghuis, het ziek zijn en het waardevolle 'thuis' nagegaan is welke de relevantiestructuren van de zingevingswereld van de patiënt *en* die van het personeel zijn. Deze vraag is echter weer afhankelijk van de vraag op welke wijze patiënten en personeel de a-typische situatie waarvoor ze staan (het ziek zijn, de patiënten, het verpleeghuis) typisch maken.

In de analyse van de eerste vraag zal met name gelet worden op wat voor de patiënt van betekenis is en wat voor het personeel.

In de analyse van de tweede vraag, het a-typische typisch maken, zal gebruik worden gemaakt van Schutz relevantiecategories: hoe wordt iets thematisch relevant, op welke wijze wordt 'dat iets' interpretatief relevant en hoe wordt iemand gemotiveerd relevant te handelen.

In deze definitieve opzet van het onderzoek werd op dezelfde wijze als in het vóóronderzoek gebruik gemaakt van de participerende observatie.

De conclusies van het definitieve onderzoek kunnen als volgt worden weergegeven:

1. Ten aanzien van het proces van het a-typische typisch maken, is gebleken dat van de achttien opgenomen patiënten voor twee van hen het verpleeghuis een vertrouwde omgeving is geworden. 'Vertrouwd' betekent dat het 'typisch' is, dat men weet hoe men zich moet gedragen en wat er t.a.v. de hulp valt te verwachten. Eén patiënt beleeft het verpleeghuis als een restaurant, 'alleen geen obers'. De tweede patiënt zegt dat het 'zo gezellig is met z'n zessen op één kamer'.
2. Omgekeerd bleek het personeel de a-typische situatie waarin het met de patiënt verkeert (het lijden, de opvatting, het gedrag van de patiënt) wél 'typisch' te kunnen maken d.w.z. hanteerbaar voor zichzelf.

Van de achttien patiënten waren er elf gemakkelijk te typificeren in een hanteerbaar gedragspatroon. Twee patiënten bleven anoniem tijdens het onderzoek en twee bleven 'hypothetisch' vertrouwd. Dit betekent dat het gedrag van twee patiënten twee kanten had: de patiënt zou zich kunnen ontpoppen als een dominerende figuur, het zou ook mogelijk zijn dat hij iemand werd waar je wat aan had, die zich aanpast of aardig was.

3. Ten aanzien van de vraag waar de relevantiestructuur in de betekeniswereld van de patiënten (en in hoeverre het verpleeghuis daarin meespeelde) en de relevantiestructuur van het personeel lagen, kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

— In de wereld van de *patiënten* staan de wij-relaties centraal,

d.w.z. het zingevingsgebied thuis.

— Bij twee van de achttien patiënten bleek het moeilijk een wij-relatie aan te tonen.

— Belangrijke aspecten van de wij-relaties waren de volgende:

- a. Wij-relaties bleken óók belangrijk wanneer er tijdelijk verwijdering was ontstaan of wanneer er ruzie was.
 - b. Wij-relaties bleken eveneens belangrijk als de relatie niet herstelbaar was, bijv. wanneer de partner reeds was overleden.
 - c. Wij-relaties bestonden ook met eigen huis en soms met een dier (hond).
 - d. Wij-relaties met vroegere tijdgenoten bleken eveneens in sommige gevallen een grote rol te spelen: jeugdherinneringen, een vroegere positie in de maatschappij, een godsdienstige orde.
 - e. Tenslotte bleek dat verschillende wij-relaties 'bereikbaar' zijn: Dit betekent dat sommige patiënten ware lotgenoten werden met medepatiënten en een eigen zingevingsgebied opbouwden.
 - f. Wij-relaties werden niet aangetoond tussen patiënten en personeel. Het personeel bleef in de betekeniswereld van de patiënten 'typisch' zó of zó: aardig, lief, haastig, snauwerig, fris type e.d.
4. Ten aanzien van de betekenis van het werk voor het *personeel* kunnen de volgende conclusies worden getrokken:
- a. Op alle drie afdelingen wordt het werk positief tot zeer positief gewaardeerd. Men spreekt over het fijne werk, het leuke werk, en vooral over het dankbare werk: 'Oude mensen zijn vaak zo dankbaar', 'Oude mensen zijn net als kinderen', 'Voor oude mensen hóéft het niet meer zó'. Dit zijn enkele voorkomende opmerkingen die er gehoord werden t.a.v. het werk voor de oudere mens.
 - b. Op alle drie afdelingen heerst daarnaást de opvatting en is men overtuigd dat er 'iets' moet veranderen op de afdeling. De één wil meer 'bescherming' voor de patiënt, de ander vindt dat er meer met de patiënt gepraat moet worden, een derde zegt dat wat in de groep 'leeft' (personeel) niet boven tafel komt. Er blijkt veel verschil van opvatting over het belang van de verschillende disciplines. Er is géén eenduidigheid in datgene wat er eigenlijk moet gebeuren.

VI

De tweede vraag van dit onderzoek, 'waaróm het verpleeghuis niet als zingevingsgebied functioneert', kan nu als volgt worden beantwoord:

Aangetoond is dat de a-typische of onvertrouwde situatie waarin de patiënt verkeert in verreweg de meeste gevallen door het personeel 'typisch' gemaakt kan worden d.w.z. dat de situatie voor het personeel hanteerbaar wordt. De typificaties die het personeel geeft zijn echter geheel anders dan die van de patiënten: ze zijn niet reciproom. Het gevolg hiervan is dat de patiënt zich moeilijk kan oriënteren in het gedragspatroon van het personeel en het voor hem onduidelijk is wat hij, als patiënt in de a-typische situatie waarin hij verkeert, van het personeel kan verwachten om die situatie vertrouwd te maken.

Tenslotte is aangetoond dat er een duidelijke discrepantie bestaat tussen het onvertrouwd blijven van het verblijf in het verpleeghuis bij bijna alle patiënten en de grote nadruk die het personeel legt op het dankbare werk. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het personeel onvoldoende heeft beseft wat het voor patiënten betekent in een verpleeghuis te zijn.

VII

De veronderstelling van het onderzoek was gelegen in de vraag 'of de hulpverlening aan de zieke oudere medemens in het verpleeghuis wél zinvol, begrijpelijk en effectief was'.

Vanuit de optiek van het verpleeghuis als institutie kan worden geconcludeerd dat de hulpverlening inderdaad niet zinvol, begrijpelijk en effectief is omdat de betekeniswereld van patiënten en personeel gescheiden van elkaar bestaan. Het onderzoek heeft eveneens aangetoond welke de vermoedelijke redenen zijn waarom er sprake is van gescheiden zingevingsgebieden. Deze zijn in de volgende conclusies te vinden:

1. Het personeel in het verpleeghuis heeft onvoldoende besef gehad van het *bijéén behoren* van *identiteit* en *eigen zingevingsgebied* (thuis) van de patiënt.
2. Het personeel is zich *onvoldoende bewust geweest van het opbouwen van een éigen zingevingsgebied in het verpleeghuis dat noodzakelijk was om zichzelf te kunnen handhaven* t.a.v. de dreiging die er in de situatie van de patiënt ook voor hen zélf aanwezig was.

VIII

In een nieuw te voeren beleid t.a.v. de patiënt in het verpleeghuis mag de identiteit nimmer alleen gerelateerd worden aan het zieke individu dat daar alleen met zijn invaliditeit aanwezig is, doch steeds worden

gezien in samenhang met het eigen zingevingsgebied waarin de patiënt leeft of heeft geleefd. Identiteit kan niet gehandhaafd blijven zónder dat eigen zingevingsgebied. In concreto betekent dit dat er ten aanzien van dit bijeenbehoren van identiteit en zingevingsgebied alle ruimte en gelegenheid moet worden gegeven om dit 'bijeenbehoren' te kunnen beleven.

In een níeuw te voeren beleid zal er een bewustwordingsproces op gang moeten worden gebracht t.a.v. het personeel. De dreiging die er uitgaat van de *situatie* van de patiënt wordt nu noodzakelijkerwijs geëtiquetteerd en getypificeerd zodat er een schild tussen patiënt en personeel wordt opgetrokken.

Het schild tussen patiënt en personeel is vooralsnog noodzakelijk. Het lijden, de aftakeling, het sterven van de oude medemens is geen probleem dat door een groep enthousiaste personeelsleden kan worden opgelost of begeleid. Het zijn problemen die patiënt en familie in de éérste plaats moeten oplossen, hierbij in de tweede plaats gesteund door het personeel.

Het feit dat de maatschappij in Nederland verpleeghuizen op déze wijze laat functioneren, duidt op een sociaal probleem dat diezelfde maatschappij aan het denken moet zetten.

Summary

This study relates to research into the care of elderly, long-term patients in a nursing home in the Netherlands. The study presupposes that this care is given in a nursing home more or less 'by chance'. Over the centuries the sick, the poor and the aged have always been cared for, but in changing ways. Help from family and neighbours has largely given way to care in infirmaries and later in hospitals. During the past twenty years the chief location for the care of the elderly long-term patient has been the nursing home.

Since the Second World War the population of the Netherlands has been ageing at an increasing rate, and numbers of sick and handicapped people have risen commensurately. The 'solution' which has been found in the Netherlands for the care of that section of the population which is elderly and sick is the nursing home. In 1964 there were 9,800 people being looked after in nursing homes: the figure for 1977 was 44,000!

This solution is tied up with the views held in society with regard to the way in which we help our ageing and sick fellows. Two examples will serve to illustrate this. In the health services the general view is that people for whom 'nothing more can be done' belong not in hospitals but in nursing homes. The hospital has become a medical technical institution and has turned the care of old long-term patients over to well-meaning and enthusiastic doctors and nurses. They, however, have not been in the past and are not now specialized in any way in the specific problems of old ill people. They have had to impress on their nursing homes their own ideas of form and content.

A second social factor lies in the passing of the Exceptional Medical Expenses Act (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) of 1969, which makes it possible for every Dutch national to spend up to a year in a nursing home free of charge. Gigantic sums (thousands of millions of guilders) are spent on this every year, while care at home, in the form of the work done by the medical care societies and the family care services, receives a pittance by comparison.

Now that Dutch society had concurred with the choice of nursing homes as the solution for the problem of old long-term patients, it might be wondered whether it ought really to be satisfied with

results so far.

Broadly speaking a nursing home may be described as an institution which retains many of the features of a hospital. The doctor, for example, is still the supreme authority. In relation to the patient he is at the top of the ladder and the apprentice nursing assistant is at the bottom. The nursing home's therapeutic character, strongly oriented towards improving the patient's physical condition, also appears to have been borrowed from the hospital.

Once it is realized that the task facing the nursing home is quite different from that fulfilled by hospitals (the nursing home's main job is to create the best possible living conditions for patients whose handicaps prevent them from ever leaving, and at the same time it must offer guidance and support for old sick people approaching death), it may be wondered whether nursing homes, as they function at present, are capable of solving the problems for which they are designed.

I

This question touches the core of this research: *is the care of old sick people in nursing homes really adequate in the sense that it is meaningful, comprehensible and effective?*

To answer this question the author starts not by investigating the way in which nursing homes are organized or the means by which they try to achieve their aims, but conversely by asking what the patients and staff themselves have to say about life in a nursing home and, particularly, by looking at the way in which the two groups behave towards each other. Are the interactions between patients and staff meaningful or not?

This is therefore a departure from the usual approach to the problems of institutionalized life in which groups of people live together. In almost every previous study the approach has been to start by analysing the nursing home's organizational structure and the role behaviour of staff and patients in order then to examine the influence of that structure or role behaviour on the patient's mental well-being.

In the present study the author has chosen that sociological approach which lays the stress on the significance of interactions. It was assumed that interactions between people are meaningful if they take place in a particular 'institutional' context. It is therefore important to know what is meant here by the term 'institution'.

Zijderveld has defined the concept of 'institution' as follows:

An institution, he says, is a traditional pattern of acting which tells a person how he should behave if he is to act comprehensibly, meaningfully and effectively.

In this way all organizations in society, large and small alike, may be considered institutions: the family, the church, the factory, and, likewise, the nursing home.

Interactions between groups of people are meaningful, comprehensible and effective when they take place in a community context experienced as an institution. The present study was set up from this angle. Two fundamental questions presented themselves:

- a. To what extent does the nursing home function, from the patient's point of view, as an institution, as an area of meaningfulness?
- b. If it should emerge that the nursing home does not function in this way, what might be the reasons for this?

II

In what follows a brief description will be given of the sociological background against which these questions were examined, after which there will be an account of the way in which the questions were answered.

The theoretical background to the research lies in the perspective on social reality offered by symbolic interactionistic thought and in the phenomenological sociology of Alfred Schutz.

Symbolic interactionism tries to shed light on the world of direct human experience. The significance of interactions is central to the theory of symbolic interactionism. The world of experience, says Blumer, must not be objectified away by psychological or sociological thought structures; neither must that reality only be seen subjectively, but it must be found in the manner in which it takes shape in acting with other people.

George H. Mead, one of the 'fathers' of symbolic interactionism, demonstrated in his book *Mind, Self and Society* that the 'self' of the human individual is formed by interactions with others. In meaningful communication one with another, he says, we each take the role of the other, and it is this that is the central mechanism.

The important thing about Mead's thinking is that in it not only does the 'self' take shape in meaningful communication, but at the same time, together with others, it helps to construct the area of meaningfulness or institution in which it lives. *The self and the situation* (which Mead often calls 'the generalized other' or 'the

organized set of attitudes of others which we all carry in us') *belong together*. The individual possesses a 'self' only in relation to the 'selves' of the other members of his social group, says Mead.

The significance of meaningful communication between the 'self' and the 'area of meaningfulness' plays an important part in the analysis of the first of the two main questions which the author asks himself.

In his book Mead himself says that there are countless institutions in social reality, but he does not go in any great depth into the important question of what happens if the 'self' and the 'area of meaningfulness' do not belong together. What problems arise then?

Schutz, whose phenomenological sociology is greatly influenced by Mead, went into this problem in detail with his analysis of the *problem of relevance*. Why is one area of meaningfulness relevant to the human individual and another not?

Schutz approaches this problem through an analysis of the world of every-day-life, which he believes is the most fundamental structure of social reality. For every individual that world is pre-scientific, pre-reflexive, its presence taken for granted. That world is typically that way, and nobody questions the fact. For every individual that world is in a particular stratified way a social and cultural historical datum: it is like a frame within which he and his fellows may live a natural life. In that frame there are structures or areas of meaningfulness which are relevant or less relevant to the individual.

Relevant are those areas of meaningfulness which can assist the individual when he is *driven by the pragmatic motive*: *How do I become master of this situation?* Various of the relevant structures are not always relevant: how a man's wife prepares his meals and whether or not prices are falling on the stock exchange are not relevant to him as long as his meals are there on the table and as long as he has no shares. What is relevant is his doctor to a man who has sprained his ankle. In such circumstances he does not call on his accountant.

Not all the situations encountered by an individual during his life are 'typical', i.e. capable of being classified in stratified patterns. Many situations are the very opposite, and are atypical: in order that the everyday world shall remain familiar they must be made typical. In this process of making the atypical typical the individual is guided by three categories of relevance. In the first place the thing or occurrence becomes thematic ('What is it?'), after which the interpretative phase sets in ('It must be . . .') followed by motivational relevance ('We shall have to . . .'). The handling of the problem situation or the atypical thing or event is guided by the categories of relevance in the

direction of the typical, i.e. familiar, situation.

In the perception of the intersubjective world of experience, too, Schutz distinguishes between typical fellow inhabitants, i.e. people who typically belong to one or other area of meaningfulness (a typical Englishman, a typical salesman) and people who are not directly typical but are partially atypical when considered as part of the direct we-relationship. The reason for this is that the other in the direct we-relationship is present with a maximum of symptoms: in meeting in the we-relationship the individual 'mirrors himself', makes his own acquaintance, learns about himself. In the we-relationship the other is a constituent element of the development of the individual's intersubjective world of experience. *Breaking off or restricting the we-relationship, says Schutz, has serious consequences for the normal development of the intersubjective world of experience.*

To this very brief description of Schutz's thinking on the relevance of the areas of meaningfulness in the everyday world of experience it should be added that an analysis of the individual's world of experience and what parts of it are relevant to him can be interpreted on the basis of the *typifications* of them provided by the individual himself. In this research, therefore, typifications play an important role.

III

The two questions which constitute the main theme of this research are approached in the light of this theoretical background. Methodologically, this means that it was necessary to probe the world of significance of both patients and staff by means of interpretation of the *typifications* given by them. The most suitable means of effecting this was found to be *participating observation*, because this method enables the researcher most effectively to understand the symbolic significance of events through participation, introspection (taking the role of the other) and observation with and of the respondent. An important source of information using this method proved to be the conversations conducted with patients, members of the patients' families, and members of the nursing home staff. The information gained from these conversations, and the typifications derived from it, were augmented by information gained through observation of respondents over a period of three months, wherever the patients and staff lived or spent appreciable parts of their time.

Conversations took place shortly before the patient entered the nursing home, with the patient and a member of his family or a

'significant other', a week after the patient entered the nursing home, with the patient and those members of the staff whose role in the ward or department was significant, and three months after admission, with the patient, the member of the family and the staff members. The choice of these particular times for the conversations was determined by the planning of the project: the idea was to establish what significance was attached to the nursing home both before admission and during the patient's stay there. A total more than 200 conversations took place.

In this longitudinal research one of the aims was to find a group of people who might be considered a representative sample for studying the entire problem. The number of patients involved was kept small: during the trial run, six men in one ward and six women in one ward and in the actual project six men in one ward and two women's wards, each with six patients.

In his study the author discusses the advantages and disadvantages of the method of participating observation. It was a major advantage that the researcher was a doctor and had many years' experience in the nursing home concerned, but this in turn had the disadvantage that the fact that the researcher fulfils a certain role in the nursing home, may have brought about a distortion of the conversations with staff members (social desirability).

IV

The first question: 'To what extent does the nursing home function, from the patient's point of view, as an institution, as a comprehensible area of meaningfulness?' was examined during the trial run. Meadian thinking, in which the interaction of 'self' and 'area of meaningfulness' play so predominant a role, was an essential element of this.

For all twelve patients and relatives the question of their expectations of the nursing home was crucial. For the research it was considered of great importance because every 'institution' to some extent renders the future predictable. This question was also, in modified form, put to the staff: what did they expect of elderly long-term patients?

After three months the author looked to see how far people's expectations had been fulfilled, and in what way patients and relations had perceived the nursing home as being meaningful as a caring institution.

In the case of the staff members, when considering typifications

attention was similarly paid to their attitudes to their jobs and to the standards which they jointly maintained in the wards. Here too, a crucial question was how far the staff perceived their work in a nursing home as meaningful.

All conversations with patients, relations and staff members were recorded in full on tape: in abridged form they are to be found in the author's complete account of his work.

The conclusions drawn after the period of three months were as follows:

1. The most striking feature was the crisis situation in which patients found themselves because of their illness. The strong involvement with bodily functions, worrying about how things will turn out, anxiety about the future, sometimes being able only to talk 'aimlessly' with others — all these are features of a crisis regarding which the question is whether many patients will ever 'come out of it'.
2. The expectations which patients (and relatives) have of a nursing home before admission are ambivalent. On the one hand the picture people have of the nursing home is characterized by negative impressions: there are a great many invalids and crutches, sometimes it is frightening or terrible; at the same time there are also positive things to be said about the nursing home, though most of the information has been gathered from third parties: it must be a good place, it's a rehabilitation centre, after all: they're so well equipped there.
3. Generally speaking, the nursing home does not conjure up a familiar picture. After three months attitudes to the nursing home are again ambivalent: there are good things about it, such as the food and the medical treatment, some of the nurses are kind and pleasant, and you are well looked after. But there are also less positive observations: you don't get troubled by the nurses, I've adapted all right, you get used to every kind of misery, there are a lot of old people. The patients see the importance of the nursing home chiefly as lying in the good meals, the medical treatment and the way they are looked after.
4. One important conclusion which applies to all twelve patients is the significance of the things that have value for them — their homes, their families and their convictions. In all the conversations it emerged that it was things like these that were at the centre of their lives. This is natural, since it is at home or in their work that patients have build up their identities during the course of their lives. Nevertheless, it still seems that where there is insufficient definition of each other's situation — that of the patient in the nur-

sing home and the relative at home — different interpretations of the situations can be arrived at, leading to alienation of the partners. This was particularly clear in the men's ward, where four of the six men typified their own situation differently from their wives. For some of these men this difference in the interpretation of their situation meant the loss of their most important area of meaningfulness.

5. The patients' and the staff's worlds of experience prove to be almost totally divorced from one another. After three months the patients knew none of the staff by name. Neither was it clear to them how their section of the nursing home was organized.

In the men's ward one patient was characterized by his fellow patients as kind, helpful and charming, whereas the staff called him an irritating busybody who dominated the ward!

The fact that patients' and staff's areas of meaningfulness are separated may be explained in terms of the totally personal world of the patient in which the crisis in which he finds himself and the significance of his not being at home play such a vital role, and on the other hand in terms of the 'world' of the staff. As demonstrated, the staff have a fairly negative picture of the patient in the nursing home, and staff attitudes to their jobs are often affective and normative.

The final conclusion from the trial run appears to be the most important: patients and staff live in separate worlds of significance. What is relevant to the patient is relevant to the staff in a different way.

The conclusions drawn from the trial run appear to confirm the suspicion that nursing homes as an institution do not solve the problems on account of which patients are admitted to them, i.e. they do not function as a comprehensible area of meaningfulness.

V

The question arises of *why* the relevance structures in the worlds of experience of patients and staff are so different. This is not a theoretical question: if care in a nursing home is limited to nursing and reactivation, and fails to extend to what the patient most needs, viz. the preservation of his own identity, then that care is insufficient and may lead to the patient losing a sense of his own identity.

In order to arrive at an answer to this question the project was set up in its final form, designed to answer the second fundamental question: why does the nursing home fail to be enough of an area of

meaningfulness for the patient? This question is encapsulated in the following premiss: 'The nursing home fails to function as an area of meaningfulness because the staff of the nursing home fail to interpret the patient's problems correctly'.

In this second and final phase of the research, Alfred Schutz's social reality approach was used for the analysis. In other words, the author tried to identify the relevance structures of the worlds of experience of both patient and staff in terms of the *typifications* given relating to the nursing home, being ill, and the valuable 'home'. However, this question in turn is dependent on the question of how patients and staff render typical the atypical situation facing them (illness, the patients, the nursing home). In the analysis of the first question particular attention was paid to what was meaningful to the patient and what was meaningful to the staff.

In the analysis of the second question, that of making the atypical typical, Schutz's categories of relevance were used: how does something become thematically relevant, in what manner is 'that something' made interpretatively relevant, and how is a person motivated to act in relevant fashion.

As in the trial run, participating observation was employed during the final stage of the project.

The conclusions of the final project may be summarized as follows:

1. As regards the process of making the atypical typical, it emerged that for two of the eighteen patients admitted, the nursing home had become a familiar environment. 'Familiar' here means that the nursing home had become 'typical', i.e. that the patients knew how they were expected to behave and what they might expect of the care extended to them. One patient perceived the home as a restaurant 'without the waiters'. The second said that it was 'so nice, being six to a room'.
2. Conversely, the staff proved to be well able to turn the atypical situation in which they found themselves with regard to the patient (suffering, attitudes, behaviour of the patient) into a 'typical' one, i.e. they were able to change it so that they could handle it.

Of the eighteen patients, eleven were easy to typify in a usable behaviour pattern. Two patients remained anonymous during the project and two remained 'hypothetically' familiar. This means that the behaviour of these two patients had two sides: the patient might reveal himself as a dominating figure, but he might equally be someone who was an asset to the group, who could adapt himself and be generally agreeable.

3. As regards the question of where the relevance structures in the

- world of experience of the patients lay (and how far the nursing home played a part in it) and what constituted the relevance structure of the staff, the following conclusions were reached.
- In the world of the *patients*, we-relations were crucial, i.e. the area of meaningfulness at home.
 - In the case of two of the eighteen patients it was difficult to demonstrate a we-relationship.
 - Important aspects of such relationships were:
 - a. We-relationships were also found to be important when there was temporary alienation or when there was a quarrel.
 - b. They also proved important even when the relationship could no longer be restored, e.g. when the partner had died.
 - c. We-relationships were sometimes established with patients' own homes or with pets.
 - d. In some cases we-relationships with past contemporaries were found to play an important role (memories of youth, former position in society, a religious order).
 - e. It eventually became clear that various we-relationships were 'achievable': in other words, some patients became true partners in adversity with others, so that they were able together to construct an area of meaningfulness of their own.
 - f. We-relationships could not be demonstrated between patients and staff. In the world of experience of the patients the staff remained 'typically' the one thing or the other: nice, kind, impatient, snappy, cheerful etc.
4. As regards the meaningfulness of their work for the *staff* the following conclusions were reached:
- a. In all three wards the work was valued highly or very highly. Staff members referred to the work being 'great', 'fun', and particularly, 'rewarding': 'Old people are often so grateful', 'They are just like children', 'Old people things don't *have* to be "just so"'. These are examples of remarks passed on the subject of working for old people.
 - b. At the same time, in all three wards there was also a general view that 'something' ought to change. Some wanted more 'protection' for the patient, others thought that the staff ought to talk to the patients more, and others again said that what was going on in the minds of the staff was never brought out into the open. It was found that there was a great deal of difference between views of the importance of the various disciplines. There was no unanimity as to what really ought to be done.

VI

The second question fundamental to this research, 'Why does the nursing home not function as an area of meaningfulness?' can now be answered as follows:

It has been demonstrated that the atypical or unfamiliar situation in which the patient finds himself can in the vast majority of cases be made 'typical' by the staff, i.e. they are then able to handle the situation. However, the typifications given by the staff are quite different from those given by patients: they are not reciprocal. The result of this is that the patient has difficulty in orientating himself towards the behaviour pattern of the staff, and he is unclear as to what he, as a patient in an atypical situation, can expect from the staff to make the situation familiar.

Finally it was demonstrated that there is a sharp discrepancy between the continued unfamiliarity of a stay in a nursing home to almost all patients and the great stress laid by the staff on the rewarding nature of their work. It would therefore seem justified to conclude that the staff have an inadequate understanding of what it means for a patient to be in a nursing home.

VI

The central theme of this research is the question of whether the care of sick old people in nursing homes is really meaningful, comprehensible and effective. From the point of view of the nursing home it may be concluded that the care which it gives does in fact fail to be meaningful, comprehensible and effective because the world of experience of patients and the world of experience of the staff exist separately from one another. The project has also shown the probable reasons for these worlds of experience being separate. These are as follows:

1. The staff of the nursing home have an inadequate appreciation of the *belonging together* of the individual *identity* and the individual *area of meaningfulness* ('home') of the patient.
2. The staff are *insufficiently aware of constructing their own area of meaningfulness within the nursing home, necessary for them to maintain their position* with regard to the threat to themselves present in the patients' situation.

VIII

In any new policy relating to patients in nursing homes, a patient's identity should never be related only to the sick individual, present alone with his invalidism, but should always be seen in conjunction with the patient's own present or past area of meaningfulness. The patient's identity cannot be maintained without his area of meaningfulness. In concrete terms this means that with regard to the belonging together of identity and area of meaningfulness every opportunity must be created for the experience of this 'belonging together'.

In any truly new policy it will be necessary to bring about a process of increasing awareness with regard to the staff. At present the threat emanating from the *situation* of the patient is of necessity labelled and typified in such a way that a shield is erected between patient and staff.

For the time being this shield is necessary. The suffering, the decline and death of a fellow human being are not problems that can be solved or channelled by a group of enthusiastic nursing staff. These are problems which must be solved first and foremost by the patient and his family, with the secondary assistance of the staff.

The fact that Dutch society allows nursing homes to be run as they are is an indication of a social problem which should give that society pause for thought.

Noten

HOOFDSTUK 1

1. J. M. A. Munnichs, *Nederlands Tijdschrift voor gerontologie*, 1972, blz. 119.
2. P. C. Damen en W. J. F. I. Nuyens, *De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg*, 1976, blz. 63.
3. F. J. G. Oostvogel, *De toekomst van het oud worden*, 1971.
4. J. M. A. Munnichs en A. Bigot, *Textbook of geriatric Medicine*, 1973, blz. 730.
The physician is aware that there are many social-psychological complications but since he doesn't understand them, it adds to his discouragement.
5. P. C. Damen en W. J. F. I. Nuyens, 1976, *ibid.*, blz. 61.
6. *Derde Advies Verpleeghuizen*, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972.
7. J. M. A. Munnichs (rap.) *Het verpleegtehuis in ontwikkeling*, Verslag van een onderzoek in de Nederlandse verpleeghuizen.
8. P. C. Damen en W. J. F. I. Nuyens, 1976, *ibid.*, blz. 61.
9. Het splitsen van de oudere leeftijdsgroep in twee categorieën lijkt op het eerste gezicht nogal arbitrair. Niettemin blijkt uit ervaring dat de groep boven de 75 jaar aanzienlijk meer lichamelijke en mentale problemen geeft.
10. D. F. H. J. Wimmers, *Verpleeghuizen en hun bewoners*, 1976, blz. 57.
11. *Rapport N.Z.R.*, 'Interne Discussie Nota', 1973.
12. C. J. J. Tempelman, *Rapport verpleeghuis Nieuw Graswijk*, 1974.

HOOFDSTUK 2

1. C. J. J. Tempelman, *Discussienota Nieuw Graswijk*, 1974.
2. M. Lieberman, *Journal of Gerontology*, 'Institutionalization of the Aged effects on behavior', 1969, vol. 24, blz. 330-340.
3. P. Townsend, *The last refuge*, 1962.
4. R. Bennett, 'The meaning of institutional life', in: *The Gerontologist*, 1963, 3, blz. 117-125.
5. E. Goffman, *Asylums*. Essays on the social situations of mental patients and other inmates, 1962.
6. E. Goffman, *ibid.*, blz. 6.
7. E. Goffman, *ibid.*, blz. 5.
8. T. Parsons, *The Social System*, 1970, blz. 440 e.v.
9. P. L. Berger en B. Berger, *Sociologie*, 1972.
10. M. Lieberman, Op. cit., blz. 332.
11. M. Lieberman, Op. cit., blz. 334.

12. B. W. Bot, *De invloed van de omgeving op het gedrag van de verpleeghuispatiënt*, 1967.
Uit dit onderzoek blijkt dat het initiatief van de bewoners toeneemt wanneer enige mate van privacy aan de bewoners wordt gegeven.
13. U. Lehr, *Gerontologie, een psychologisch overzicht*, 1974.
In dit overzicht wijst Lehr o.a. op de negatieve stereotypie van jongeren t.a.v. de bejaarden. Het is voor ons nog de vraag in hoeverre deze stereotypie werkelijk van invloed is op het zelfbeeld van ouderen en op het aanpassingsproces in het verpleeghuis.
14. A. C. Zijdeveld, *De relativiteit van kennis en werkelijkheid*, 1974, blz. 24.
15. A. C. Zijdeveld, *Institutionalisering*, 1966, blz. 29–42.

HOOFDSTUK 3

1. Voor een uitgebreide uiteenzetting over het symbolisch interactionisme zij de lezer verwezen naar de monografie van A. C. Zijdeveld: *De theorie van het symbolisch interactionisme*, 1973.
2. Zie o.a. E. Goffman, *The presentation of self in everyday life*, 1959. B. G. Glaser, A. L. Strauss, *Awareness of dying*, 1974.
3. H. Blumer, *Symbolic interactionism*, 1969.
4. *Ibid.*, blz. 3.
5. *Ibid.*, blz. 3.
6. *Ibid.*, blz. 1. G. H. Mead was zelf een social behaviorist. De term symbolisch interactionisme noemt Blumer een enigszins 'barbaars neologisme' voor de vuist weg bedacht voor een artikel in *Man and Society* door Emerson P. Schmidt, 1937.
7. G. H. Mead, *Mind, Self and Society*, 1972.
8. *Ibid.*, blz. 145.
9. *Ibid.*, blz. 254.
10. *Ibid.*, blz. 150 en 151.
11. *Ibid.*, blz. 147.
12. *Ibid.*, blz. 175;
13. *Ibid.*, blz. 211.
14. A. C. Zijdeveld, *De theorie van het symbolisch interactionisme*, 1973.
15. G. H. Mead, *Mind, Self and Society*, 1972, blz. 164.
16. P. L. Berger, Th. Luckmann, *The social construction of reality*, 1960, blz. 127 e.v. 'Secondary socialization'.
17. B. Glaser, A. Strauss, *Awareness of dying*, 1974, blz. 34–80.
18. *Ibid.*, blz. 10.
19. Zie voor deze sociologie:
 - a. A. Schutz en Th. Luckmann, *The structures of the life-world*, 1974.
 - b. A. Schutz, *Das Problem der Relevanz*, 1971.
 - c. P. Berger and Th. Luckmann, *The social construction of reality*, 1966.
20. A. Schutz en Th. Luckmann, *The structures of the life-world*, 1974, blz. 23.
21. *Ibid.*, blz. 3.
22. *Ibid.*, blz. 4.
23. P. L. Berger and Th. Luckmann, *The social construction of reality*, 1966, blz. 42.
Berger en Luckmann omschrijven de alledaagse leefwereld en de onzekerheid die deze omringt als volgt: 'My knowledge of every day life has the quality of an instrument that cuts a path through a forest and, as it does

so, projects a narrow cone of light on what lies just ahead and immediately around: on all sides of the path there continues to be darkness'.

24. A. Schutz en Th. Luckmann, Op. cit., blz. 4.
25. *Ibid.*, blz. 106–108.
26. *Ibid.*, blz. 47. Er zijn talloze vreemde en ook interessante zaken in de wereld waarmee de mens zich zou willen bezighouden. Dit is de mens echter niet mogelijk: door de eindigheidsstructuur van zijn leven wordt hij beheerst door het principe 'first things first'.
27. *Ibid.*, blz. 185, vertaling schrijver.
28. *Ibid.*, blz. 125.
29. P. L. Berger and Th. Luckmann, Op. cit., blz. 42.
30. A. Schutz en Th. Luckmann, Op. cit., blz. 68.
31. *Ibid.*, blz. 67.
32. *Ibid.*, blz. 68.
33. *Ibid.*, blz. 73.
34. P. L. Berger and Th. Luckmann, *The social construction of reality*, 1966, blz. 54. Zij wijzen op het 'voorspelbare' element in de institutie: 'The most important gain (van de institutie) is that each will be able to predict the other's actions . . . Each action of one is no longer a source of astonishment and potential danger to the other'.
35. *Ibid.*, blz. 167: 'In the fully socialized individual there is a continuing internal dialectic between identity and its biological substratum'.

HOOFDSTUK 4

1. N. K. Denzin, *The research act*, 'A theoretical introduction to sociological methods', 1973, hoofdstuk 9, blz. 185–218.
2. H. Blumer, *Symbolic Interactionism*, 1969, blz. 23.
3. A. C. Zijderfeld, *De theorie van het symbolisch interactionisme*, 1973, blz. 190: Het symbolisch interactionisme is overwegend inductief in de volgende betekenis van het woord: er heerst de gedachte dat men tamelijk onvooringenomen (met enkele sensitizing concepts) de symbolische sociale werkelijkheid tegemoet kan treden en dat dan voldoende uniformiteiten op zullen doemen die allengs in categorieën uitgedrukt kunnen worden.
4. Met de rolstoel is het gemakkelijk de patiënt te verplaatsen naar de therapie- en recreatieruimten. De gehele filosofie van het huis is erop gericht dat de patiënten hier zo veel mogelijk gebruik van maken. Dit blijkt ook uit het hoge percentage patiënten dat een vorm van therapie geniet ($\pm 80\%$). De doorstromingscapaciteit van het verpleeghuis is mede hierdoor tweemaal zo groot als het gemiddelde in de Nederlandse verpleeghuizen (175 dagen vergeleken met één jaar, landelijk gemiddelde).
5. In werkelijkheid is niet een analyse gemaakt van zes kamers op zes afdelingen, doch van vijf kamers. Op één afdeling was de onderzoeker praktiserend arts en bleek het onmogelijk tegelijk arts en onderzoeker te zijn.

HOOFDSTUK 6

1. W. James, *The principles of psychology*, 1950, blz. 292: 'Our father and mother, our wife and babes, are bone of our bone and flesh of our flesh. When they die, a part of our very selves is gone' . . . 'our home comes next.

Its scenes are part of our life; its aspects awaken the tenderest feeling of affection'.

HOOFDSTUK 7

1. T. Peters, 'Hospitalisatie', in: *Ligament: informatieblad voor bezigheids-therapie*, 1978.
2. A. Verkuyl, 'In verpleeghuizen moet men kunnen wonen', in: *Wending: maandblad voor Evangelie en Kultuur*, 1974.
3. A. Janssen, M. L. Scholtens, L. Verstraeten, *Teamverpleging*, Tijdstroom, Lochem, 1973.

Geraadpleegde literatuur

- Bennett, R., 1963 – 'The meaning of institutional life', in: *The Gerontologist*.
Berger, P. L., Berger, B., 1972 – *Sociologie* (Bilthoven: Ambo).
Berger, P. L., Luckmann, T., 1966 – *The Social Construction of Reality*, (New York: Doubleday).
Blumer, H., 1969 – *Symbolic interactionism*, 'Perspective and Method' (New Jersey: Prentice-Hall, Inc.).
Bot, B. W., 1967 – *De invloed van de omgeving op het gedrag van de verpleeghuispatiënt* (Nijmegen) Doctoraal scriptie.
Damen, P. C., Nuyens, W. J. F. I., 1976 – *De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg*, (Lochem: Tijdstroom).
Denzin, N. K., 1973 – *The Research Act*, 'A theoretical introduction to sociological methods' (Chicago: Aldine Publishing Company) 1970.
Glaser, B. G., Strauss, A. L., 1974 – *Awareness of dying* (Chicago: Aldine Publishing Comp.) 1965.
Goffman, E., 1959 – *The presentation of self in every day life* (New York: Doubleday Anchor books).
Goffman, E., 1968 – *Asylums*. Essays on the social situation of mental patients and other inmates (Chicago: Aldine Publishing Company) 1962.
James, W., 1950 – *The principles of psychology* (London: Constabel and comp., Ltd.) 1890.
Lehr, U., 1974 – *Gerontologie, een psychologisch overzicht* (Utrecht: het Spectrum).
Lieberman, M., 1969 – *Journal of Gerontology* 'Institutionalization of the Aged effects on behavior'.
Mead, G. H., 1972 – *Mind, Self and Society* (University of Chicago Press) 1934.
Munnichs, J. M. A., 1967 – (rap). *Het verpleeghuis in ontwikkeling* (G.I.T.J. Berg en Dal).
Munnichs, J. M. A., 1977 – *Nederlands Tijdschrift voor gerontologie*. Inleiding.
Munnichs, J. M. A., Bigot, A., 1973 – *Textbook of geriatric Medicine* (Edinburg and London: J. C. Brocklehurst e.d., Churchill).
Oostvogel, F. J. C., 1971 – In: *De toekomst van het oud worden* (Amsterdam: Agon Elsevier).
Parsons, T., 1970 – *The Social System* (London: Routledge & Kegan Paul Ltd.) 1951.
Peters, T., 1978 – 'Hospitalisatie', in: *Ligament: informatieblad voor bezigheids-therapie*.
Schutz, A., 1971 – *Das Problem der Relevanz* (Suhrkamp Verlag).
Schutz, A., Luckmann, T., 1974 – *The structures of the life-world* (London: H.E.B. Paperback, Heinemann).
Tempelman, C. J. J., 1974 – *Rapport verpleeghuis Nieuw Graswijk* (Groningen).
Tempelman, C. J. J., 1974 – *Discussienota Nieuw Graswijk* (Groningen).
Townsend, P., 1962 – *The last refuge* (London).

- Verkuyt, A. 1974 – Commentaar op: 'In verpleeghuizen moet men kunnen wonen' (*Wending: Maandblad voor Evangelie en Cultuur*).
- Wimmers, D. F. H. J. 'Verpleeghuizen en hun bewoners', Dissertatie (Nijmegen) 1976.
- Zijderveld, A. C., 1966 – *Institutionalisering* (Meppel: Boom Pers).
- Zijderveld, A. C., 1973 – *De theorie van het symbolisch interactionisme* (Meppel: Boom Pers).
- Zijderveld, A. C., 1974 – *De relativiteit van kennis en werkelijkheid* (Meppel: Boom Pers).

Stellingen

1. De fenomenologische sociologie van Alfred Schutz die de gezamenlijke ervaringswereld van het menselijk individu met anderen bóven de individuele ervaring stelt, kan belangrijke aanvullende gegevens verstrekken naast de meer individueel-psychologische interpretatie van de zieke mens.
2. De betekenis van het denken van George Herbert Mead wordt veelal te eenzijdig geïnterpreteerd alsof in zijn sociale psychologie voornamelijk sprake zou zijn van het 'internaliseren van de rollen van de ander'. Het belang van Mead is vooral gelegen in zijn opvatting dat de mens niet alleen 'gevormd' wordt door de anderen doch tegelijkertijd één zelf-producerend wezen is dat de maatschappij mee opbouwt.
3. Ook in het geciviliseerde West-Europa moet de stervensbegeleiding in eerste instantie door de familie geschieden.
4. Welke andere benaming men ook aan het verpleeghuis zal geven, het kan nooit het begrip 'thuis' als zingevingsgebied vervangen.
5. In de opleiding tot verpleegkundigen en ziekenverzorgenden wordt veelal de onjuiste verwachting gewekt dat het jongere personeel in het ziekenhuis of het verpleeghuis in staat zou zijn de oudere patiënt in zijn problematiek te begeleiden.
6. De eenzijdig orgaanspecialistische opleiding in het ziekenhuis maakt het noodzakelijk dat de arts in opleiding een verplicht co-assistentenschap loopt in een verpleeghuis om vertrouwd te raken met de problematiek van de langdurig zieke oudere mens. Het ware aan te bevelen dit vertrouwd raken eveneens voor de orgaanspecialist verplicht te stellen.
7. Het is onjuist een patiënt uitgebreid te diagnostiseren zonder daarbij zijn morbiditeitsgeschiedenis, de sociale omstandigheden en levensloop in aanmerking te nemen.

8. Een misplaatste ijdelheid doet de oudere slechthorende veelal pas naar de gehoorprothese grijpen als het optimale tijdstip voor het leren omgaan ermee, reeds voorbij is.
9. Het niet belastende, pre-operatieve, scintigrafisch onderzoek met ^{99m}Tc /Sulfur-colloid bij patiënten met een subcapitale femurfractuur, is een betrouwbare methode voor de beoordeling van de vasculaire voorziening van de femurkop.
10. Het nut van het verstrekken van anticoagulantia aan patiënten boven de 65 jaar is nog niet bewezen. In het algemeen kan worden gesteld dat de nadelen van de noodzakelijk hoge dosering van anticoagulantia bij de oude zieke mens waarschijnlijk groter zijn dan de voordelen.
11. Vervoer naar en van huis per aangepaste invalidenbus van patiënten die langdurig in het verpleeghuis wonen zou tot het verstrekingspakket Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten dienen te behoren.
12. Voor een geboren Fries die zich in het westen des lands vestigt, is het van groot belang dat hij vanuit de woonkamer uitzicht heeft op een weiland met koeien.

Bibliotheek K. U. Brabant



17 000 01258697 1